

ON

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

46

ANO XVI · JAN-JUN 2023

DOI.10.31877.ON.2023.46



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

SEGURANÇA DO PACIENTE EM TRATAMENTO COM ANTINEOPLÁSTICOS

Existem falhas que comprometem a segurança do paciente em tratamento com quimioterapia? Uma revisão integrativa, com artigos publicados de 2017 a 2022, que também evidenciou as dificuldades enfrentadas por gestores e pela equipe de enfermagem envolvida na assistência direta.

EXPERIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE APLICATIVOS MÓVEIS EM PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA DURANTE O TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA: PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA

Estudo pretendeu sintetizar o conhecimento sobre esta matéria, considerando todos os trabalhos publicados em inglês, francês, espanhol ou português, publicados até 31 de dezembro de 2022.

PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DE FIM DE VIDA EM PESSOAS COM GLIOBLASTOMA: ESTUDO DESCRITIVO E RETROSPECTIVO

Estudo incidiu sobre os últimos sete dias de vida do doente com glioblastoma num serviço de neurologia oncológica. Considera-se importante a realização de estudos nesta população com amostras mais representativas.

REMOÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOTOMIA EM DOENTES COM CANCRO DE CABEÇA E PESÇOÇO SUBMETIDOS A CIRURGIA: REVISÃO SISTEMÁTICA RÁPIDA

Esta revisão pretendeu identificar as intervenções de enfermagem no processo de remoção da cânula. A literatura destaca a necessidade de equipas experientes, incluindo enfermeiros, para garantir que o processo de remoção da cânula seja seguro.

FUNCIONALIDADE DO DOENTE ONCOLÓGICO INTERNADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Artigo de investigação que procurou identificar as características sociodemográficas e clínicas do doente internado em cuidados paliativos e caracterizar a sua capacidade funcional.



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

ONCO.NEWS dedica-se à publicação de artigos científicos na área da enfermagem oncológica, nas variantes temáticas de epidemiologia, cirurgia, radioterapia e quimioterapia, tanto no cancro do adulto como no pediátrico. Toda a informação sobre a revista pode ser encontrada em www.aeop.pt

BASES DE DADOS:



BIBLIOTECA DIGITAL DE ACESSO LIVRE E MODELO COOPERATIVO DE PUBLICAÇÃO DIGITAL DE PERIÓDICOS CIENTÍFICOS BRASILEIROS.



EBSCOHOST DATABASES ARE THE MOST-USED PREMIUM ONLINE INFORMATION RESOURCES FOR TENS OF THOUSANDS OF INSTITUTIONS WORLDWIDE, REPRESENTING MILLIONS OF END-USERS.



ACADEMIC RESOURCE INDEX (RESEARCHBIB) IS OPEN ACCESS WITH HIGH STANDARD INDEXING DATABASE FOR RESEARCHERS AND PUBLISHERS. RESEARCH BIBLE MAY FREELY INDEX JOURNALS, RESEARCH PAPERS, CALL FOR PAPERS, RESEARCH POSITION.

DIRETÓRIOS:



THE DIRECTORY OF RESEARCH JOURNAL INDEXING (DRJI) IS TO INCREASE THE VISIBILITY AND EASE OF USE OF OPEN ACCESS SCIENTIFIC AND SCHOLARLY JOURNALS THEREBY PROMOTING THEIR INCREASED USAGE AND IMPACT.



DIRECTORY OF INTERNATIONAL RESEARCH JOURNALS IN ASSOCIATION WITH LEADING UNIVERSITIES.



SISTEMA REGIONAL DE INFORMACIÓN EN LÍNEA PARA REVISTAS CIENTÍFICAS DE AMÉRICA LATINA, EL CARIBE, ESPAÑA Y PORTUGAL.



O INDEXAR É UM DIRETÓRIO DE REPOSITÓRIOS E REVISTAS CIENTÍFICAS DIGITAIS, DE ÂMBITO NACIONAL, NA ÁREA DA CIÊNCIA E DA CULTURA.



O PORTAL RCAAP TEM COMO OBJECTIVO A RECOLHA, AGREGAÇÃO E INDEXAÇÃO DOS CONTEÚDOS CIENTÍFICOS EM ACESSO ABERTO EXISTENTES NOS REPOSITÓRIOS INSTITUCIONAIS DAS ENTIDADES NACIONAIS DE ENSINO SUPERIOR, E OUTRAS ORGANIZAÇÕES DE I&D.



BASE DE DADOS DA LITERATURA E DAS TESES MÉDICAS EXCLUSIVAMENTE NACIONAIS.



SHERPA ROMEO IS AN ONLINE RESOURCE THAT AGGREGATES AND ANALYSES PUBLISHER OPEN ACCESS POLICIES FROM AROUND THE WORLD AND PROVIDES SUMMARIES OF PUBLISHER COPYRIGHT AND OPEN ACCESS ARCHIVING POLICIES ON A JOURNAL-BY-JOURNAL BASIS.

Índice

05

NORMAS DE PUBLICAÇÃO E REVISÃO

07

EDITORIAL

Sandra Ponte, Vice-Presidente da AEOP

ARTIGOS

08

SEGURANÇA DO PACIENTE EM TRATAMENTO COM ANTINEOPLÁSICOS

Flávia Maciel Viana Borges, Jaqueline Arrais dos Santos, Karina Brito da Costa Ogliari

15

EXPERIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE APLICATIVOS MÓVEIS EM PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA DURANTE O TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA: PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA

Bruno Magalhães, Carla Sílvia Fernandes, Filipe Gonçalves, Célia Santos, Maria do Céu Barbieri-Figueiredo

23

PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DE FIM DE VIDA EM PESSOAS COM GLIOBLASTOMA: ESTUDO DESCRITIVO E RETROSPECTIVO

Liliana Frazão Vasconcelos, Mafalda Monteiro Ferreira, José Maria Bandeira Costa

29

REMOÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOTOMIA EM DOENTES COM CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO SUBMETIDOS A CIRURGIA: REVISÃO SISTEMÁTICA RÁPIDA

Ana Inês de Almeida Frade, José Manuel Afonso Moreira, Lucinda de Lurdes Ramalho Pires, Marta I. S. Mendes Esteves Duarte, Tiago Filipe Santos Cunha, Susana Sofia Abreu Miguel

36

FUNCIONALIDADE DO DOENTE ONCOLÓGICO INTERNADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Sara Margarida Rodrigues Gomes, Paula Manuela Pires Marques Miguel Batista, Marisa Isabel de Sousa Ferreira Rosete, Maria Conceição Jasmins Pereira Lopes Santos, Filipe Carreiro Gandum, Ângela Maria da Costa Marques

EDITORA:

AEOP – Associação Enfermagem
Oncológica Portuguesa

DIRETOR DE PUBLICAÇÃO:

Jorge Freitas

Departamento de Imagem e Radioncologia
do Instituto Português de Oncologia do
Porto (IPO-Porto), Porto, Portugal
Porto Comprehensive Cancer Centre
(Porto.CCC), Porto, Portugal
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7702-237X>
Contacto: mjorgefreitas@sapo.pt

DIRETOR ADJUNTO DE PUBLICAÇÃO:

Bruno Magalhães

Doutor em Ciências de Enfermagem
pela Universidade do Porto
Doutor em Ciências da Saúde pela
Universidade de Sevilha e Jaén
Mestre em Saúde Pública pela FMUP
Especialista em Enfermagem Médico-
cirúrgica (doença crónica)
Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde da
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD)
Investigador da Unidade de Investigação
em Enfermagem Oncológica do Centro de
Investigação do IPO Porto (CI-IPOP)
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6049-8646>
CIENCIA ID: 3911-5498-3A15
Contacto: bruno.magalhaes@netcabo.pt

CONSELHO EDITORIAL:

Ana Leonor Ribeiro

Escola Superior de Enfermagem do
Porto (ESEP), Porto, Portugal
CINTESIS – Center for Health Technology
and Services Research (NursID: Innovation and
Development in Nursing), Porto, Portugal
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4352-3808>
Contacto profissional: ana@esenf.pt

Bruno Magalhães

Serviço de Oncologia Cirúrgica e Unidade
de Investigação de Enfermagem Oncológica
do Instituto Português de Oncologia do
Porto (IPO-Porto), Porto, Portugal
Escola Superior de Saúde de Santa
Maria (ESSSM), Porto, Portugal
Oncology Nursing Research Unit IPO Porto
Research Center (CI-IPOP), Portuguese Oncology
Institute of Porto (IPO Porto) / Porto Comprehensive
Cancer Centre (Porto.CCC) & RISE@CI-IPOP
(Health Research Network), Porto, Portugal
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6049-8646>
CIENCIA ID: 3911-5498-3A15
Contacto: bruno.magalhaes@netcabo.pt

Carla Sílvia Fernandes

Escola Superior de Enfermagem do
Porto (ESEP), Porto, Portugal
CINTESIS – Center for Health Technology
and Services Research (NursID: Innovation and
Development in Nursing), Porto, Portugal
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4352-3808>
Contacto: carlasilviaf@gmail.com

Esmeralda Barreira

Clínica de Patologia Pulmão do Instituto Português
de Oncologia do Porto (IPO-Porto), Porto, Portugal
Gestão, Resultados e Economia em
Cuidados de Saúde (MOREHealth)
IPO Porto Research Center (CI-IPOP), Portuguese
Oncology Institute of Porto (IPO Porto) / Porto
Comprehensive Cancer Centre, Porto, Portugal
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5880-1669>
Ciência ID 341E-D243-5BE3
Contacto: merbarreira@gmail.com

Eunice Sá

Escola Superior de Enfermagem de
Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal
Investigadora do CIDNUR, Lisboa, Portugal
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5963-6087>
Contacto: esa@esel.pt

Isabel Bico Correia

PhD
Escola Superior de Enfermagem de São João
de Deus, Universidade de Évora, Portugal
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3868-2233>
Contacto profissional: isabelbico@uevora.pt

Joana Fernandes Silva

Hospital de Dia de Oncologia do Centro Hospitalar
Vila Nova Gaia Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0979-2150>
Contacto: joana.mf.silva@gmail.com

Julio de la Torre

Campus Ciencias de la Salud Juan de Dios,
Universidad Pontificada Comillas, Espanha
Scopus Author ID: 56049839300
ResearcherID: D-1724-2015
Loop profile: 538841
SciProfiles: 556582
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6843-8234>
Contacto: juliodelatorre@comillas.edu

Luciana Martins da Rosa

Departamento de Enfermagem, Centro de
Ciências da Saúde, Universidade Federal de
Santa Catarina, Florianópolis, Brasil
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3468001612501207>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1884-5330>
Contacto Profissional: luciana.m.rosa@ufsc.br

Luis Manuel da Cunha Batalha

Unidade Investigação Ciências Saúde
(UICISA: E), Escola Superior Enfermagem
Coimbra, Coimbra, Portugal
Health Sciences Research Unit: Nursing
(UICISA: E); Nursing School of Coimbra
(ESENfC), Coimbra, Portugal
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5328-1470>
Contacto profissional: batalha@esenf.pt

Susana Miguel

Serviço de Oncologia Cirúrgica, Instituto
Português de Oncologia de Lisboa
(IPO-Lisboa), Lisboa, Portugal
Escola Superior de Enfermagem de
Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal
Associate at the Centre for Interdisciplinary
Research in Health, Institute of Health Sciences,
Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8830-070X>
Contacto: susanasamiguel@gmail.com

ADMINISTRAÇÃO, REDAÇÃO E SECRETARIADO:

Onco.news
Órgão e Propriedade da AEOP (Associação de
Enfermagem Oncológica Portuguesa)
Estrada Interior da Circunvalação, 6657
4200-177 Porto

DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA:

Medesign - Edições e Design de Comunicação, Lda.

E-ISSN: 2183-6914



UM AUMENTO DE MAIS DE 6 MESES NA MEDIANA DA SOBREVIVÊNCIA GLOBAL VS. QUIMIOTERAPIA²

NOVA APROVAÇÃO EMA

1º E ÚNICA TERAPÊUTICA ANTI-HER2 PARA CMa HER2-LOW¹

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. **NOME** Enherthu 100 mg pó para concentrado para solução para perfusão. **COMPOSIÇÃO** Um frasco para injetáveis de pó para concentrado para solução para perfusão contém 100 mg de trastuzumab deruxtecano. Após a reconstituição, um frasco para injetáveis de 5 ml de solução contém 20 mg/ml de trastuzumab deruxtecano. O trastuzumab deruxtecano é um anticorpo-fármaco conjugado (ADC) que contém um anticorpo monoclonal (mAb) humanizado anti-HER2, do tipo IgG1, com a mesma sequência de aminoácidos que o trastuzumab, produzido por células de mamífero (Ovário de Hamster Chinês), ligado covalentemente ao DXd, um derivado do evacetano e inibidor da topoisomerase II, através de um ligante divalente baseado num tetrapéptido. Aproximadamente 8 moléculas de deruxtecano estão ligadas a cada molécula de anticorpo. **FORMA FARMACÉUTICA** Pó para concentrado para solução para perfusão. Pó liofilizado branco a branco amarelado. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS** **Câncer da mama** Câncer da mama HER2-positivo Enherthu em monoterapia é indicado para o tratamento de doentes adultos com cancro da mama HER2-positivo, irresssecável e metastizado, que receberam um ou mais regimes anteriores anti-HER2. **Câncer da mama com baixa expressão de HER2** Enherthu em monoterapia é indicado para o tratamento de doentes adultos com cancro da mama com baixa expressão de HER2, irresssecável ou metastizado, que receberam quimioterapia anterior no enquadramento metastático ou que desenvolverem recorrência da doença durante a quimioterapia adjuvante ou no período de 6 meses após a conclusão da mesma. **Câncer gástrico** Enherthu em monoterapia é indicado para o tratamento de doentes adultos com adenocarcinoma gástrico ou da junção gastroesofágica (JGE) HER2-positivo avançado, que receberam um regime anterior à base de trastuzumab. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** Enherthu deve ser prescrito por um médico e administrado sob a supervisão de um profissional de saúde experiente na utilização de medicamentos anticancerígenos. De modo a evitar erros relacionados com o medicamento, é importante verificar os rótulos dos frascos para injetáveis para assegurar que o medicamento a ser preparado e administrado é Enherthu (trastuzumab deruxtecano) e não trastuzumab ou trastuzumab emtansina. Enherthu não deve ser substituído por trastuzumab ou por trastuzumab emtansina. **Seleção de doentes** **Câncer da mama HER2-positivo** Os doentes tratados com trastuzumab deruxtecano para o cancro da mama devem ter documentado o seu estado tumoral HER2-positivo, definido como uma pontuação de 3+ por imunohistoquímica (IHC) ou um rácio $\geq 2,0$ por hibridização *in situ* (ISH) ou por hibridização fluorescente *in situ* (ISH) ou por hibridização fluorescente *in situ* (FISH) avaliadas utilizando um dispositivo médico para diagnóstico *in vitro* (DIV) com marcação CE. Se não estiver disponível um DIV com marcação CE, o estado de HER2 deve ser avaliado por um teste alternativo validado. **Câncer da mama com baixa expressão de HER2** Os doentes tratados com trastuzumab deruxtecano devem ter documentado o seu estado tumoral de baixa expressão de HER2, definido como uma pontuação de IHC 1+ ou IHC 2+ISH, avaliada utilizando um dispositivo médico para DIV com marcação CE. Se não estiver disponível um DIV com marcação CE, o estado de HER2 deve ser avaliado por um teste alternativo validado. **Posologia** **Câncer da mama** A dose recomendada de Enherthu é de 5,4 mg/kg administrada por perfusão intravenosa uma vez, em intervalos de 3 semanas (ciclo de 21 dias), até à progressão da doença ou toxicidade inaceitável. **Câncer gástrico** A dose recomendada de Enherthu é de 6,4 mg/kg administrada por perfusão intravenosa uma vez, em intervalos de 3 semanas (ciclo de 21 dias), até à progressão da doença ou toxicidade inaceitável. A dose inicial deve ser administrada na forma de uma perfusão intravenosa de 90 minutos. Se a perfusão anterior foi bem tolerada, as doses subsequentes de Enherthu podem ser administradas na forma de perfusões de 30 minutos. A velocidade da perfusão de Enherthu deve ser diminuída ou interrompida se o doente desenvolver sintomas relacionados com a perfusão. Enherthu deve ser descontinuado permanentemente no caso de reações graves à perfusão. **Pre-medicação** é etimológica, o que inclui náuseas e/ou vômitos relacionados. Antes de cada dose de Enherthu, os doentes devem ser pre-medicados com um regime de associação de dois ou três medicamentos (p. ex., dexametasona e um antagonista do receptor 5-HT3 e/ou um antagonista do receptor NK1, assim como outros medicamentos, conforme indicado) para a prevenção de náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia. **Modificações da dose** O tratamento das reações adversas pode exigir a interrupção temporária, redução da dose ou descontinuação do tratamento com Enherthu. A dose de Enherthu não deve ser novamente aumentada após ter sido efetuada uma redução da dose. **Esquema para redução da dose** **Esquema para redução da dose / Câncer da mama** Dose inicial recomendada / 5,4 mg/kg. Primeira redução da dose / 4,4 mg/kg. Segunda redução da dose / 3,2 mg/kg. Necessidade de redução adicional da dose / Descontinuar o tratamento. **Esquema para redução da dose / Câncer gástrico** Dose inicial recomendada / 6,4 mg/kg. Primeira redução da dose / 5,4 mg/kg. Segunda redução da dose / 4,4 mg/kg. Necessidade de redução adicional da dose / Descontinuar o tratamento. **Modificações da dose devido a reações adversas** **Reação adversa Doença pulmonar intersticial (DPI)/pneumite** **Gravidade DPI/pneumite assintomática** (Grau 1) **Modificação do tratamento** Interromper Enherthu até à resolução para Grau 0, depois: • se resolvida em 28 dias ou menos em relação à data de início, manter a dose. • se resolvida em mais de 28 dias em relação à data de início, reduzir a dose um nível. • considerar o tratamento com corticosteróides logo que haja suspeita de DPI/pneumite. **Reação adversa Doença pulmonar intersticial (DPI)/pneumite** **Gravidade DPI/pneumite sintomática** (Grau 2 ou superior) **Modificação do tratamento** • Descontinuar permanentemente Enherthu. • Iniciar imediatamente o tratamento com corticosteróides logo que haja suspeita de DPI/pneumite. **Reação adversa Neutropenia** **Gravidade** Grau 3 (inferior a 1,00.5 x 10⁹/l) **Modificação do tratamento** • Interromper Enherthu até à resolução para Grau 2 ou inferior, depois manter a dose. **Reação adversa Neutropenia** **Gravidade** Grau 4 (inferior a 0,5 x 10⁹/l) **Modificação do tratamento** • Interromper Enherthu até à resolução para Grau 2 ou inferior. • Reduzir a dose um nível. **Reação adversa Neutropenia** **Gravidade** Contagem absoluta de neutrófilos inferior a 1,0 x 10⁹/l e temperatura superior a 38,3 °C ou uma temperatura persistente ≥ 38 °C ou superior durante mais do que uma hora. **Modificação do tratamento** • Interromper Enherthu até à resolução. • Reduzir a dose um nível. **Reação adversa Diminuição da fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE)** **Gravidade** FEVE superior a 45% e diminuição absoluta em relação ao valor inicial de 10% a 20% **Modificação do tratamento** • Continuar o tratamento com Enherthu. **Reação adversa Diminuição da fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE)** **Gravidade** FEVE de 40% a 45% e diminuição absoluta em relação ao valor inicial inferior a 10% **Modificação do tratamento** • Continuar o tratamento com Enherthu. • Repetir a avaliação da FEVE ao fim de 3 semanas. **Reação adversa Diminuição da fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE)** **Gravidade** FEVE de 40% a 45% e diminuição absoluta em relação ao valor inicial de 10% a 20% **Modificação do tratamento** • Interromper Enherthu. • Repetir a avaliação da FEVE ao fim de 3 semanas. • Se a FEVE não tiver recuperado para os 10% em relação ao valor inicial, descontinuar permanentemente Enherthu. • Se a FEVE recuperar para os 10% em relação ao valor inicial, reiniciar o tratamento com Enherthu na mesma dose. **Reação adversa Diminuição da fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE)** **Gravidade** FEVE inferior a 40% ou diminuição absoluta em relação ao valor inicial superior a 20% **Modificação do tratamento** • Interromper Enherthu. • Repetir a avaliação da FEVE ao fim de 3 semanas. • Caso se confirme uma FEVE inferior a 40% ou uma diminuição absoluta em relação ao valor inicial superior a 20%, descontinuar permanentemente Enherthu. **Reação adversa Diminuição da fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE)** **Gravidade** Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) sintomática **Modificação do tratamento** • Descontinuar permanentemente Enherthu. Os graus de toxicidade são definidos em conformidade com os critérios *National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events* (Critérios de Terminologia Comum para Eventos Adversos do Instituto Nacional do Câncer) versão 5.0 (NC-CTCAE v.5.0). **Atraso ou omissão de uma dose** No caso de atraso ou omissão de uma dose planeada, esta deve ser administrada logo que for possível sem aguardar até ao ciclo planeado seguinte. O esquema de administração deve ser ajustado para manter um intervalo de 3 semanas entre as doses. A perfusão deve ser administrada na dose e velocidade que o doente tolerou na perfusão mais recente. **Populações especiais** **Idosos** Não são necessários ajustes posológicos de Enherthu em doentes com idade igual ou superior a 65 anos. Os dados disponíveis em doentes com ≥ 75 anos de idade são limitados. **Compromisso renal** Não são necessários ajustes posológicos em doentes com compromisso renal ligeiro (depuração da creatinina [Cl_{CR}] ≥ 60 e < 90 ml/min) ou moderado (Cl_{CR} ≥ 30 e < 60 ml/min). A potencial necessidade de um ajuste posológico em doentes com compromisso renal grave ou com doença renal em fase terminal não pode ser determinada, uma vez que o compromisso renal grave constituiu um critério de exclusão dos estudos clínicos. Observou-se uma incidência mais elevada de DPLI/pneumite de Grau 1 e 2, que levou a um aumento na descontinuação da terapêutica, em doentes com compromisso renal moderado. Observou-se uma incidência mais elevada de reações adversas graves nos doentes com compromisso renal moderado no início do estudo que receberam Enherthu 6,4 mg/kg, em comparação com os doentes com uma função renal normal. Os doentes com compromisso renal moderado ou grave devem ser monitorizados cuidadosamente para despistar reações adversas, incluindo DPLI/pneumite. **Compromisso hepático** Não são necessários ajustes posológicos em doentes com um valor da bilirrubina total $\leq 1,5$ vezes o limite superior dos valores normais (LSN), independentemente do valor da aspartato transaminase (AST). A potencial necessidade de um ajuste posológico em doentes com um valor da bilirrubina total $> 1,5$ vezes o LSN, independentemente do valor da AST, não pode ser determinada devido a dados insuficientes; por conseguinte, estes doentes devem ser monitorizados cuidadosamente. **População pediátrica** A segurança e eficácia de Enherthu em crianças e adolescentes com menos de 18 anos de idade não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Modo de administração** Enherthu é para utilização por via intravenosa. Tem de ser reconstituído e diluído por um profissional de saúde e administrado por perfusão intravenosa. Enherthu não pode ser administrado por injeção intravenosa

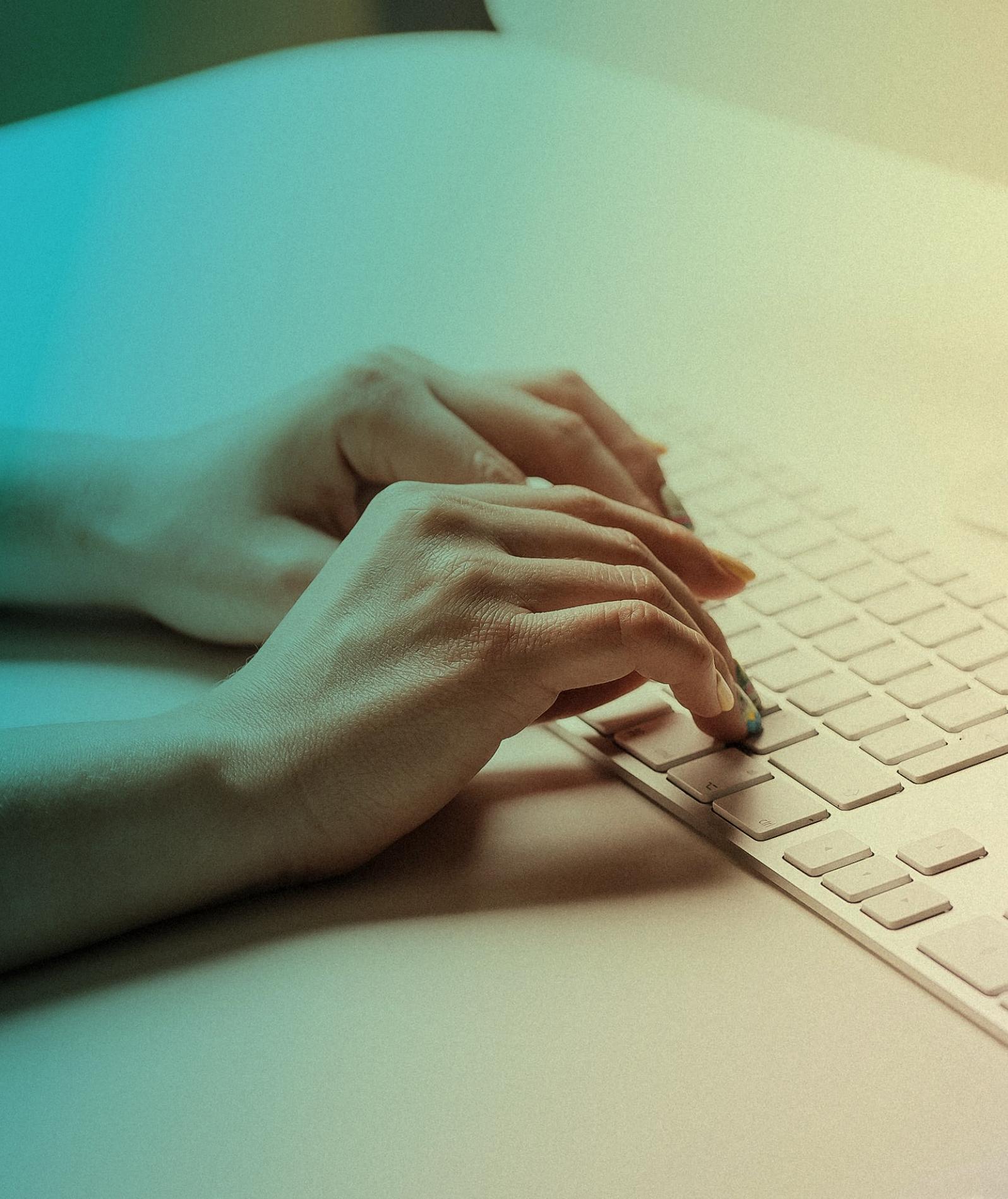
rápida ou em bólus. Para instruções acerca da reconstituição e diluição do medicamento antes da administração, ver o RCM de trastuzumab deruxtecano. **CONTRAINDICAÇÕES** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **EFETOS INDESEJÁVEIS** As reações adversas são indicadas de acordo com as Classes de Sistemas de Órgãos (CSO) e as categorias de frequência do MedDRA. As categorias de frequência são definidas como: muito frequentes ($\geq 1/100$), frequentes ($\geq 1/1000$, $< 1/100$), raras ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$), muito raras ($< 1/10000$) e desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). As reações adversas são apresentadas por ordem decrescente de gravidade dentro de cada classe de frequência. **Reações adversas em doentes tratados com 5,4 mg/kg e 6,4 mg/kg de trastuzumab deruxtecano em múltiplos ciclos de tumores – Frequência 5,4 mg/kg:** **Infeções e infestações** Infeção das vias respiratórias superiores* Muito frequente. Pneumonia: Frequente. **Doenças do sangue e do sistema linfático** Anemia*: Muito frequente. Neutropenia*: Muito frequente. Trombocitopenia*: Muito frequente. Leucopenia*: Muito frequente. Linfopenia*: Frequente. Neutropenia febril: Frequente. **Doenças do metabolismo e da nutrição** Diminuição do apetite: Muito frequente. Hipocalcémia*: Muito frequente. Desidratação: Frequente. **Doenças do sistema nervoso** Cefaleias*: Muito frequente. Tonturas: Muito frequente. Disgeusia: Frequente. **Afeções oculares** Visão turva: Frequente. **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino** Doença pulmonar intersticial: Muito frequente. Tosse: Muito frequente. Dispnéia: Muito frequente. Epistaxe: Muito frequente. **Doenças gastrointestinais** Náuseas: Muito frequente. Vômitos: Muito frequente. Diarreia: Muito frequente. Obstipação: Muito frequente. Dor abdominal*: Muito frequente. Estomatite*: Muito frequente. Dispepsia: Muito frequente. Distensão abdominal: Frequente. Flatulência: Frequente. Gastrite: Frequente. **Afeções hepatobiliares** Aumento das transaminases*: Muito frequente. **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos** Alopecia: Muito frequente. Erupção cutânea*: Muito frequente. Prurido: Frequente. Hiperpigmentação cutânea*: Frequente. **Afeções musculoesqueléticas e do tecido conjuntivo** Dor musculoesquelética*: Muito frequente. **Perturbações gerais e alterações no local de administração** Fadiga*: Muito frequente. Pirexia: Muito frequente. Edema periférico: Frequente. **Exames complementares de diagnóstico** Peso diminuído: Muito frequente. Diminuição da fração de ejeção*: Muito frequente. Aumento da fosfatase alcalina sérica*: Frequente. Aumento da bilirrubina sérica*: Frequente. Aumento da creatinina sérica*: Frequente. **Complicações de intervenções relacionadas com lesões e intoxicações** Reações relacionadas com a perfusão*: Frequente. – **Frequência 6,4 mg/kg:** **Infeções e infestações** Infeção das vias respiratórias superiores* Muito frequente. Pneumonia: Muito frequente. **Doenças do sangue e do sistema linfático** Anemia*: Muito frequente. Neutropenia*: Muito frequente. Trombocitopenia*: Muito frequente. Leucopenia*: Muito frequente. Linfopenia*: Muito frequente. Neutropenia febril: Frequente. **Doenças do metabolismo e da nutrição** Diminuição do apetite: Muito frequente. Hipocalcémia*: Muito frequente. Desidratação: Frequente. **Doenças do sistema nervoso** Cefaleias*: Muito frequente. Tonturas: Frequente. Disgeusia: Muito frequente. **Afeções oculares** Visão turva: Frequente. **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino** Doença pulmonar intersticial: Muito frequente. Tosse: Muito frequente. Dispnéia: Frequente. Epistaxe: Frequente. **Doenças gastrointestinais** Náuseas: Muito frequente. Vômitos: Muito frequente. Diarreia: Muito frequente. Obstipação: Muito frequente. Dor abdominal*: Muito frequente. Estomatite*: Muito frequente. Dispepsia: Frequente. **Afeções hepatobiliares** Aumento das transaminases*: Muito frequente. **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos** Alopecia: Muito frequente. Erupção cutânea*: Frequente. Prurido: Frequente. Hiperpigmentação cutânea*: Frequente. **Afeções musculoesqueléticas e do tecido conjuntivo** Dor musculoesquelética*: Muito frequente. **Perturbações gerais e alterações no local de administração** Fadiga*: Muito frequente. Pirexia: Muito frequente. Edema periférico: Muito frequente. **Exames complementares de diagnóstico** Peso diminuído: Muito frequente. Diminuição da fração de ejeção*: Muito frequente. Aumento da fosfatase alcalina sérica*: Frequente. Aumento da bilirrubina sérica*: Frequente. Aumento da creatinina sérica*: Frequente. **Complicações de intervenções relacionadas com lesões e intoxicações** Reações relacionadas com a perfusão*: Frequente. * Inclui gripe, doença tipo gripe, nasofaringite, faringite, sinusite, rinite e infeção das vias respiratórias superiores. * Inclui anemia, diminuição da hemoglobina, diminuição da contagem de eritrócitos e diminuição do hematócrito. * Inclui neutropenia e diminuição da contagem de neutrófilos. * Inclui trombocitopenia e diminuição da contagem de plaquetas. * Inclui leucopenia e diminuição da contagem de leucócitos. * Inclui linfopenia e diminuição da contagem de linfócitos. * Inclui hipocalcémia e diminuição do potássio no sangue. * Inclui cefaleias, cefaleias sinusais e enxaqueca. * Para todos os tipos de tumores tratados com 5,4 mg/kg, inclui visão turva e compromisso visual. Para todos os tipos de tumores tratados com 6,4 mg/kg, inclui apenas visão turva. Para todos os tipos de tumores tratados com 5,4 mg/kg, a doença pulmonar intersticial inclui acontecimentos que foram adjudicados como sendo DPI: pneumite (n = 56), doença pulmonar intersticial (n = 46), pneumonia organizativa (n = 5), pneumonia (n = 3), massa pulmonar (n = 1), insuficiência respiratória aguda (n = 1), infiltração pulmonar (n = 1), linfangite (n = 1), fibrose pulmonar (n = 1), insuficiência respiratória (n = 4), pneumonite por radiação (n = 1) e alveolite (n = 2). Para todos os tipos de tumores tratados com 6,4 mg/kg, a doença pulmonar intersticial inclui doença pulmonar intersticial (n = 32), opacidade pulmonar (n = 1), pneumonia organizativa (n = 4), pneumonia (n = 1), pneumonite (n = 65), pneumonite por radiação (n = 1) e insuficiência respiratória (n = 4). * Inclui desconforto abdominal, dor gastrointestinal, dor abdominal, dor na região inferior do abdómen e dor na região superior do abdómen. * Inclui estomatite, úlcera aftosa, ulceração na boca, erosão da mucosa oral, formação de bolhas na mucosa oral e erupção na mucosa oral. * Inclui aumento das transaminases, aumento da aspartato aminotransferase, aumento da alanina aminotransferase, aumento da gama glutamiltransferase, provas da função hepática alteradas e função hepática alterada. * Para todos os tipos de tumores tratados com 5,4 mg/kg, inclui erupção cutânea, erupção cutânea pustular, erupção cutânea papular, erupção cutânea macular, erupção cutânea pruriginosa e erupção cutânea maculopapular. Para todos os tipos de tumores tratados com 6,4 mg/kg, inclui erupção cutânea, erupção cutânea pustular e erupção cutânea maculopapular. * Inclui hiperpigmentação cutânea, descoloração da pele e alterações da pigmentação. * Inclui lombalgia, mialgia, dor nas extremidades, dor musculoesquelética, espasmos musculares, dor óssea, dor no pescoço, dor torácica musculoesquelética e desconforto nos membros. * Inclui astenia, fadiga, mal-estar e letargia. * Para todos os tipos de tumores tratados com 5,4 mg/kg, a diminuição da fração de ejeção inclui os parâmetros laboratoriais da diminuição da FEVE (n = 146) e/ou os termos preferidos de diminuição da fração de ejeção (n = 32), de insuficiência cardíaca congestiva (n = 3), de alteração do eixo de alteração do eixo do esquerdo (n = 1). Para todos os tipos de tumores tratados com 6,4 mg/kg, a diminuição da fração de ejeção inclui os parâmetros laboratoriais da diminuição da FEVE (n = 88) e/ou os termos preferidos de diminuição da fração de ejeção (n = 10) e de alteração do eixo de alteração do eixo do esquerdo (n = 1). * Inclui aumento da bilirrubina sérica, hiperbilirrubinemia, aumento da bilirrubina conjugada e aumento da bilirrubina não conjugada no sangue. * Para todos os tipos de tumores tratados com 5,4 mg/kg, os casos de reações relacionadas com a perfusão incluem arepores (n = 1), reação relacionada com a perfusão (n = 11), hipersensibilidade (n = 2), rubor (n = 1) e reação no local de injeção (n = 1). Para todos os tipos de tumores tratados com 6,4 mg/kg, os casos de reações relacionadas com a perfusão incluem reação relacionada com a perfusão (n = 6), hipersensibilidade (n = 1), rubor (n = 2), hipotensão (n = 1), extravasamento no local de perfusão (n = 1), erupção cutânea (n = 1) e pieira (n = 1). Todos os casos de reações relacionadas com a perfusão foram de Grau 1 e Grau 2. **Notificação de suspeitas de reações adversas** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pode-se aos profissionais de saúde que notifique quaisquer suspeitas de reações adversas através do site da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoam> (preferencialmente) ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa, Tel: +351 21 798 73 73, Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita), e-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** Daiichi Sankyo Europe GmbH, Zielstattstrasse 48, 81379 Munich, Alemanha. **NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** EU/1/20/1508/001. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** 23 de janeiro de 2023. Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no site da internet da Agência Europeia de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>. Para mais informações deverá contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado. Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Medicamento em avaliação para financiamento pelo SNS.

EMA: European Medicines Agency; HER2: Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (Receptor do Fator de Crescimento Epiérmico Humano 2); CMa: Câncer da Mama avançado.
1. RCM de Enherthu consultado em www.infarmed.pt em fevereiro 2023. 2. Modi S, et al. Trastuzumab deruxtecán in previously treated HER2-low advanced breast cancer. NEJM. 2022; 387: 9-20.



Daiichi Sankyo Portugal, Unipessoal Lda,
Av. Prof. Dr. Cavaco Silva, Edif. Tecnologia IV, 1.º A, 8.º,
Taguspark 2740-257 Porto Salvo | Contribuinte N.º PT 501 509 660
Capital social 349,158,53€ | <https://www.daiichi-sankyo.pt/>

AstraZeneca Produtos Farmacéuticos, Lda,
Rua Humberto Madeira, 7 | Quiluz-de-Baixo, 2730-097 Barcarena
Contribuinte N.º PT 502 942 240
Capital Social 1,500,000€ | <https://www.astrazeneca.pt/>



SUBMISSÕES CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- O artigo a ser submetido à Revista Onco.news é original, não se encontra publicado em qualquer outra revista, livro de atas ou capítulo de livro e não está atualmente em apreciação, na íntegra ou em partes, por outra revista;
- O artigo não tem plágio e cumpre com rigor os processos de referência e citação estabelecidos pela Revista;
- O artigo descreve com precisão, na metodologia, o cumprimento de todos os aspectos ético-legais para realização da investigação;
- Todos/as os/as autores/as do artigo assumem total responsabilidade por qualquer má prática inerente aos princípios acima descritos, ou quaisquer outros que prejudiquem a dignidade científica da Revista e os princípios de rigor da comunidade científica;
- Existência de autorização institucional (se aplicável).
- Os/as autores reconhecem que são responsáveis pelo conteúdo dos artigos submetidos à revista.
- Existência de parecer da Comissão de Ética, sempre que necessário.
- O respeito pelos princípios dos conflitos de interesse.
- Os/as autores/as assinam e anexam na submissão a Declaração Ético-Legal, de Responsabilidade e Conflito de Interesses.
- Os/as autores/as submetem o artigo de acordo com os templates disponibilizados (folha de rosto e artigo);
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em "Instruções para Autores".

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

A Revista Onco.News cumpre os critérios de uma revista de divulgação internacional, indexada e divulgada em documento físico e em formato eletrônico em diversas bases de dados nacionais e internacionais. O interesse dos autores em submeterem artigos científicos de

qualidade prestigia a Revista, pelo que damos a maior atenção aos processos de revisão, de forma a salvaguardar princípios científicos e éticos de edição e divulgação.

O conteúdo dos artigos é da exclusiva responsabilidade dos seus autores, aos quais compete respeitar os princípios éticos da investigação e cumprir as normas e orientações de edição da Revista. Ao publicar na Revista, os autores mantêm os direitos de autor. A Revista segue as normas do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e, por isso, emprega o estilo bibliográfico Vancouver para citação e referência.

Consideram-se as regras do novo acordo ortográfico pelo que o Editor salvaguarda o seu direito de modificar termos de Português do Brasil para Português de Portugal. Os artigos são organizados de acordo com o estilo bibliográfico Vancouver, das normas ICMJE, em função de uma categoria específica (Artigos de Investigação; Teóricos/Revisão; Revisões Literárias, etc) ou Revisões da Literatura (Sistemáticas ou Integrativas). As Revisões Sistemáticas a publicar na Revista deverão cumprir as exigências de síntese da evidência implementadas pelo Portugal Centre for Evidence Based Practice, em coerência com as políticas Cochrane; Cochrane – Revisões.

Os/as autores/as têm disponível em <https://onco.news> um guia para os/as auxiliar no processo de submissão de um manuscrito.

ESTRUTURA DO ARTIGO

Os/as autores/as têm disponíveis dois templates para submeter à revista:

- **Folha de rosto:** identifica os/as autores/as e contém as principais informações do artigo. O template está disponível em <https://onco.news>.
- **Artigo:** garante a revisão cega, já que retira todos os dados que possam identificar os/as autores/as do artigo. O template está disponível em <https://onco.news>.

O template do artigo assenta sobretudo nos seguintes itens:

TIPO DE ARTIGO

Devem ser artigos originais e versarem temas de Oncologia, Enfermagem e Educação, estruturados de acordo com o guião adequado à sua tipologia.

TÍTULO

Deverá ser informativo e sucinto, redigido na afirmativa, em Português ou Espanhol (máximo de 15 palavras), sem abreviaturas nem indicação da localização da investigação. Todos os trabalhos devem ter título traduzido em inglês.

RESUMO

O resumo do trabalho deve ser apresentado em Português ou Espanhol e em Inglês e não deve exceder 150 palavras. Deve ser estruturado de acordo com os tópicos de análise crítica específicos de cada artigo.

PALAVRAS-CHAVE

O artigo deve apresentar, no máximo, 5 palavras-chave, transcritas de acordo com os descritores MeSH, em Português ou Espanhol, inglês (pesquisar em: <http://decs.bvs.br/>). Quando não se encontrar um descritor para uma palavra-chave, considerada relevante no estudo, esta pode ser incluída por decisão do autor.

TEXTO

Estrutura do Texto

Os Artigos de Investigação devem conter as seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Enquadramento/Fundamentação Teórica, Questões de Investigação/Hipóteses, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão.

Os Artigos Teóricos devem conter as seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Desenvolvimento/Dissertação e Conclusão.

NOTA: Excepcionalmente, nos estudos qualitativos, para facilitar o trabalho de análise compreensiva, podem fundir-se as secções Resultados e Discussão.

Os Artigos de Revisão Sistemática devem conter as secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Método de Revisão Sistemática, Apresentação dos Resultados, Resultados e Interpretação e Conclusão.

Os Artigos de Revisão Integrativa devem conter as secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Procedimentos Metodológicos de Revisão Integrativa, Resultados e Interpretação, Conclusão.

Os Artigos de não pesquisa devem conter as secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Desenvolvimento e Conclusão.

Os Editoriais devem conter: Texto aberto de 1500 palavras sem contar a lista de referências e as notas caso se aplique.

Os estudos de Caso devem conter: Título, Resumo, Palavra-Chave, Introdução, Conclusão e Referências Bibliográficas caso se aplique.

Formato

Deve seguir a estrutura do template disponibilizado em <https://onco.news>. O artigo não deverá ultrapassar as 15 páginas incluindo referências bibliográficas, tabelas e figuras (gráficos, imagens, etc).

NB: Os autores devem dar a maior atenção aos aspectos morfológicos e sintáticos do discurso, evitando erros, redundâncias, jargão...

Tabelas e Figuras (gráficos, imagens, etc.)

Apenas devem ser incluídas as que sejam absolutamente necessárias para a compreensão do artigo. Devem ser referidas no texto e estar numeradas por ordem de inclusão, em função de cada tipo. Quando não são construídas pelos autores, devem conter a fonte.

Citações

As citações podem ser diretas ou indiretas. Na citação direta, ou textual, a transcrição *ipsis verbis* do texto original deve ser apresentada entre aspas e acompanhada do autor, data de publicação e número da página. A citação indireta, ou paráfrase, deve ser acompanhada do autor e data de publicação. A citação no texto deve seguir o estilo bibliográfico Vancouver. Todos os autores citados deverão constar da lista de referências bibliográficas.

Referências Bibliográficas

As referências selecionadas devem ser preferencialmente primárias. Devem colocar em evidência as publicações mais representativas do Estado da Arte, em particular as dos últimos 5 anos. As fontes devem ser localizadas, privilegiando a pesquisa em bases de dados de revistas nacionais e internacionais indexadas. As referências bibliográficas devem estar elaboradas de acordo com o estilo bibliográfico Vancouver. Todas elas deverão estar citadas no artigo.

CREDIT – TAXONOMIA PARA CONTRIBUIÇÃO DE AUTORES

A informação sobre a contribuição individual de cada autor numa produção científica tem de ser colocada na folha de rosto do artigo, conforme template disponibilizado aqui. Para isso, os/as autores/as devem utilizar a metodologia denominada “Contributor Roles Taxonomy” (CRediT) – <https://credit.niso.org/>

A taxonomia CRediT surgiu por se considerar que a maioria das convenções sobre a contribuição individual dos autores não representa a variedade de funções que os investigadores têm para os artigos. Desta forma, CRediT é uma taxonomia, que representa a contribuição de cada autor em 14 funções específicas. As 14 funções são as seguintes:

1. Concetualização: ideias, formulação ou evolução de objetivos e metas abrangentes da investigação;
2. Curadoria dos dados: atividades de gestão

no que respeita à produção de metadados, limpeza e manutenção de dados de pesquisa (incluindo código de software) para utilização inicial e reutilização;

3. Análise formal: aplicação de técnicas estatísticas, matemáticas, computacionais ou outras técnicas formais para analisar ou sintetizar os dados do estudo;
4. Aquisição de financiamento: aquisição de apoio financeiro ao projeto;
5. Investigação: realização de um processo de investigação, executando especificamente as experiências e a recolha de dados/evidências;
6. Metodologia: desenvolvimento ou desenho da metodologia e/ou criação de modelos;
7. Administração do projeto: responsabilidade de gestão e coordenação pelo planeamento e execução das atividades de investigação;
8. Recursos: fornecimento de materiais de estudo, materiais, amostras de laboratório, instrumentos, recursos de computação ou outras ferramentas de análise;
9. Software: programação, desenvolvimento de software, conceção de programas de computador, implementação do código de computador e algoritmos de suporte, teste de componentes de código existentes;
10. Supervisão: responsabilidade de supervisão e liderança pelo planeamento e execução da atividade de investigação, incluindo orientação externa à equipa principal;
11. Validação: verificação, seja como parte da atividade ou separada, da replicabilidade geral dos resultados e das experiências e outros resultados de investigação;
12. Visualização: preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado;
13. Redação do rascunho original: preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado, redação específica do rascunho inicial (incluindo tradução substantiva);
14. Redação – revisão e edição: preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado por pessoas do grupo de pesquisa original, revisão crítica, comentário ou revisão, incluindo as etapas de pré ou pós-publicação.

Esta informação deve constar na folha de rosto do artigo, à frente do nome dos/as autores/as e do identificador ORCID, tal como indicado no template disponível em <https://onco.news>.

DECLARAÇÃO DE DIREITOS DE AUTOR

- Autores conservam os direitos de autor e

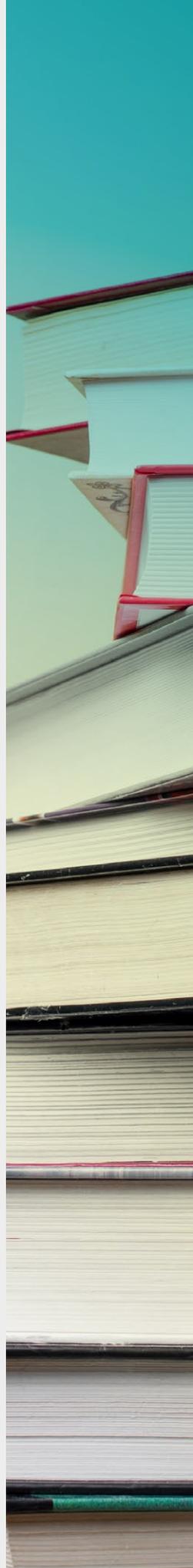
concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons que permite a partilha do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista;

- Autores e autoras têm permissão e são estimulado/as a publicar e distribuir o seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal), com reconhecimento da primeira publicação nesta revista, já que isso pode aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado.
- Este trabalho está licenciado sob uma Licença Creative Commons - Atribuição- NãoComercial-CompartilhaIgual 4.0 Internacional.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços fornecidos nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

e-ISSN: 2183-6914





SANDRA PONTE

Vice-Presidente da AEOP
 Coordenadora da OncoSchool
 Hospital Dia do Doente Oncológico do Centro Hospitalar de Lisboa
 Ocidental, Portugal

<https://orcid.org/0000-0002-8978-9372>

A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) integrou novos elementos para o seu novo mandato. Mantem as suas parcerias institucionais nomeadamente com a EONS, SEEO, ISNCC, UICC, e com as sociedades profissionais SPO e a SPH, entre outras. Aposta no desenvolvimento da crescente parceria com as diversas Associações de Doentes existentes. Neste primeiro semestre associou-se às comemorações mundiais do Dia da Doença Oncológica e ao Dia Europeu da Enfermagem Oncológica, com especial destaque na comunidade. A dinamização contínua dos seus *Workgroups* já permitiu o desenvolvimento da sua atividade nas mais diversas áreas. A Onco.School manteve a sua atividade formativa com elevado êxito. A revista científica Onco.News tem vindo a alcançar cada vez mais impacto.

Nesta edição n.º 46 publicamos 5 artigos: Apresentamos um estudo retrospectivo que foca a identificação e *Prevalência de sinais e sintomas de fim de vida em Pessoas com glioblastoma* para a melhoria contínua dos cuidados prestados e promoção da qualidade de vida.

Os artigos de revisão incidem numa revisão integrativa focada na necessidade de aprimorar a *Segurança do paciente em tratamento com antineoplásicos* através de existência de protocolos de atuação, biossegurança e formação continuada dos profissionais. Assim como, na criação de um protocolo de revisão sistemática qualitativa focado na *Experiência da utilização de aplicativos móveis em Pessoas com doença oncológica durante os tratamentos de quimioterapia*. Destacamos um artigo de Revisão sobre *Remoção da cânula de traqueotomia em doentes com cancro de cabeça e pescoço submetidos a cirurgia: Revisão sistemática* e um outro sobre *Funcio-*

nalidade do doente oncológico internado em cuidados paliativos.

Destaco a concretização da nossa 16ª Conferência de Enfermagem Oncológica com o Lema “Inovação e Excelência dos Cuidados para Melhores Resultados”. Programa audaz, proporcionado pela comissão organizadora e científica, que superou todas as expectativas, contámos com a presença de aproximadamente 500 participantes, a maior adesão até à data, o que muito nos orgulha. Tivemos 60 Submissões de Trabalhos nas suas diferentes vertentes, com momentos de partilha e discussão. Toda a informação deste evento poder ser visualizado na nossa Revista de Suplemento a este número 46.

Já estamos a trabalhar na AEOP 17 que decorrerá em Maio de 2024 na Cidade da Figueira da Foz.

Seja nosso associado. Contamos consigo. Juntos, fazemos a diferença!

Sandra Ponte
 Vice-Presidente da AEOP

SEGURANÇA DO PACIENTE EM TRATAMENTO COM ANTINEOPLÁSICOS

Patient safety in treatment with antineoplastics

AUTORES:

Flávia Maciel Viana Borges¹

 <https://orcid.org/0000-0002-5837-1301>

Redação do rascunho original, Redação-revisão e Edição

Jaqueline Arrais dos Santos¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1301-6768>

Contextualização, investigação e metodologia

Karina Brito da Costa Ogliari²

 <https://orcid.org/0000-0003-0203-7061>

Supervisão e validação

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem no Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC, Brasília, Brasil

² Enfermeira, Mestre e Docente do curso de Enfermagem no Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC, Brasília, Brasil

Autores de correspondência

Flávia Borges

flaviamacielvb@gmail.com

Jaqueline Arrais dos Santos

jaquelinearrais432@gmail.com



RESUMO:

Objetivo: Identificar ações que promovam a segurança do paciente em tratamento quimioterápico. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, com artigos publicados entre 2017 a 2022. Utilizou-se como questão norteadora: Existem falhas que comprometem à segurança do paciente em tratamento com quimioterapia? As buscas foram realizadas nas bases de dados: BDNF; LILACS; MEDLINE; SCIELO; PUBMED, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): antineoplásicos AND segurança do paciente. **Resultados:** Foram localizados 25 artigos, 3 excluídos devido à duplicidade e 13 por não atenderem aos critérios. Foram selecionados 9 para leitura do resumo e 6 para leitura na íntegra, com amostra final de 5 artigos. **Considerações finais:** Foram evidenciadas dificuldades enfrentadas por gestores e pela equipe de enfermagem envolvida na assistência direta. Entretanto há possibilidade de aprimorar a segurança do paciente com assistência humanizada, colaboradores capacitados e atenciosos, existência de protocolos de cuidado e biossegurança e formação continuada dos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Administração de medicamentos; antineoplásicos; cuidados do câncer; enfermagem.

ABSTRACT:

Objective: To identify actions that promote patient safety undergoing chemotherapy. **Method:** This is an integrative review, with articles published between 2017 and 2022. It was used as a guiding question: Are there flaws that compromise patient safety in chemotherapy treatment? The searches were carried out in the following databases: BDNF; LILACS; MEDLINE; SCIELO; PUBMED, through the Descriptors in Health Sciences (DeCS): antineoplastics AND patient safety. **Results:** 25 articles were found, 3 excluded due to duplicity and 13 for not meeting the criteria. 9 were selected for reading the abstract and 6 for reading in full, with a final sample of 5 articles. **Final considerations:** Difficulties faced by managers and the nursing team involved in direct care were evidenced. However there is the possibility of improving patient safety with humanized care, trained and attentive employees, existence of care and biosafety protocols and continuing education of professionals.

Keywords: Medication administration; antineoplastics; cancer care; nursing.

Introdução

Segundo o Ministério da Saúde¹, a segurança do paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido em todo o mundo grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado a fim de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Para que a segurança do paciente aconteça de fato, a cultura de segurança precisa estar estruturada nas instituições e o maior desafio dos especialistas em segurança do paciente, que buscam a redução dos eventos nas instituições de saúde, tem sido a assimilação, por parte dos dirigentes, de que a causa dos erros e eventos adversos (EA) são multifatoriais e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer eventos adversos quando os processos técnicos e organizacionais são complexos ou mal planejados.²

Os eventos adversos são definidos como um efeito inesperado na saúde do cliente, e podem dever-se a inadequada assistência dos profissionais de saúde, que pode ocorrer por imperícia ou negligência.³ Os riscos para os pacientes que fazem uso de neoplásicos são maiores quando os protocolos não são seguidos e implementados, sendo de suma importância a construção da cultura de segurança durante todo o processo de administração de quimioterápicos.⁴

Desta forma, a administração de medicamentos é um cuidado fundamental para a assistência aos pacientes e a enfermagem envolve-se diretamente com esta atividade.⁵ Sendo tal prática responsabilidade do enfermeiro, pois este processo inclui uma avaliação clínica e laboratorial diária do paciente, com intuito de minimizar incidentes e EA relacionados à administração e/ou toxicidade dos medicamentos.⁶

Para proporcionar segurança ao manuseio de quimioterápicos é necessário seguir medidas de controle, como as relativas às atividades de manipulação de fármacos perigosos, as emanadas dos órgãos regulamentadores internacionais e nacional, assim como importa as associações de profissionais da área estabelecerem protocolos e guias com orientações para o manuseio seguro desses agentes e para o processo de preparo dos medicamentos perigosos.⁷

Considerando a necessidade de redução da mortalidade, dos eventos adversos e a busca da prevenção e promoção da saúde do paciente com câncer a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de 569/2018 atribuiu ao enfermeiro a assistência integrativa para minimizar os riscos inerentes à terapia antineoplásica.⁸

A quimioterapia antineoplásica é uma das principais escolhas para o tratamento de câncer. O tratamento de neoplasias malignas é complexo, multidisciplinar e depende essencialmente do seu estadiamento clínico, das características patológicas do tumor e de fatores preditivos e prognósticos.⁹ Conforme o Instituto Nacional de Câncer¹⁰, o câncer abrange mais de 100 tipos diferentes de doença maligna que têm em comum o crescimento celular desordenado, que podem invadir os tecidos adjacentes ou órgãos à distância.

A partir do exposto nota-se a complexidade do tema e este artigo tem como objetivo geral identificar ações que promovam a segurança do paciente em tratamento quimioterápico. Como objetivos específicos, apontar as medidas que favorecem a segurança do paciente em tratamento com antineoplásicos e descrever os erros e/ou falhas que interferem na sua segurança.

Procedimento metodológico

Esse estudo teve como abordagem metodológica a revisão integrativa, permitindo a compreensão dos detalhes das informações que foram obtidas ao longo dele, com a finalidade de recomendar as ações que geram a segurança do paciente, contribuindo para uma assistência segura. A literatura comparada dialoga entre si e contribui para a interpretação de forma mais adequada e com melhor qualidade de um determinado assunto.¹¹

Para a formulação da questão de pesquisa e descritores, foi utilizada a estratégia PICO, que representa um acrônimo para P: população, I: intervenção, C: comparação e O: desfecho (*outcomes*, em inglês) para localizar as melhores informações científicas disponíveis, visto que essa técnica orienta a idealização da pergunta de pesquisa e da busca bibliográfica.¹²

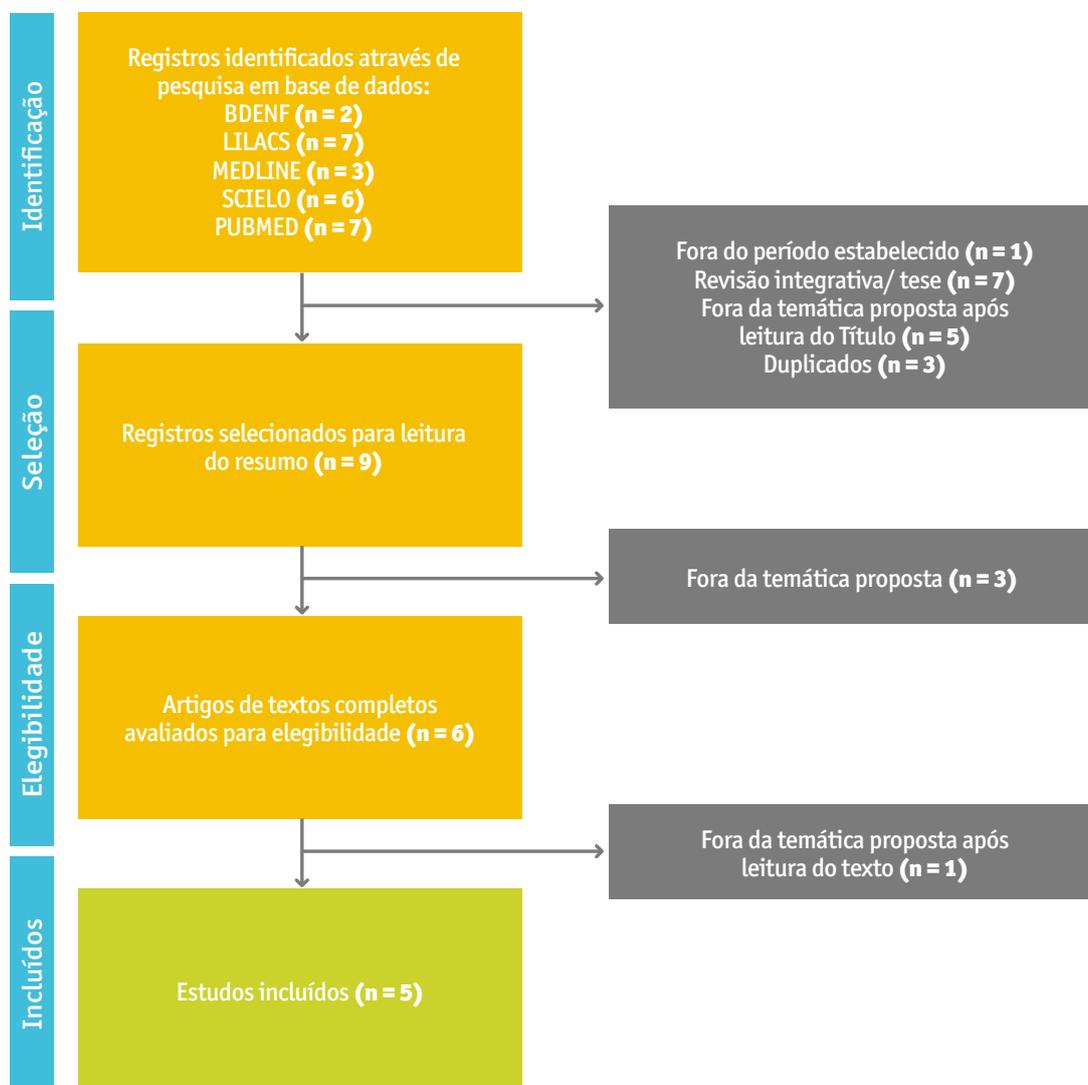
Desta forma a estratégia PICO foi adequada para o tema proposto onde a representação para P: paciente oncológico, I: tratamento com antineoplásicos, C: não se aplica, O: ações/estratégias para garantir a segurança do paciente, esteve na origem da seguinte questão norteadora

para este artigo: Existem falhas que comprometem a segurança do paciente em tratamento com quimioterapia?

As bases de dados utilizadas foram: BDNF; LILACS; MEDLINE; SCIELO; PUBMED. Utilizaram-se como estratégia de busca os descritores: antineoplásicos AND segurança do paciente, verificados no DeCs – Descritores em Ciências da Saúde.

Os critérios de inclusão foram: trabalhos publicados no intervalo de tempo do ano de 2017 a 2022, publicação em português do Brasil disponível gratuitamente nas referidas bases de dados, e que abordam segurança do paciente e administração de medicamentos. Foram excluídos da pesquisa artigos que incluíram a revisão integrativa ou que não abordavam a temática proposta. Na figura 1, apresenta-se o fluxograma com a seleção dos artigos e documentos incluídos conforme critérios mencionados.

Figura 1. Fluxograma.



Resultados

O conjunto final ficou constituído por 5 artigos, que permitiram dar resposta à questão de investigação. Os estudos foram publicados entre os anos de 2017 e 2022, e todos se encontravam em língua portuguesa. No que se referem aos tipos destes estudos, três incluíam pesquisas qualitativas, um incluía o tipo quantitativo e outro estudo o tipo descritivo. Se tratando das temáticas

abordadas nos artigos foram inclusos assuntos como a assistência de alta complexidade, o conhecimento dos profissionais, as dificuldades para implementar a segurança do paciente, o núcleo de segurança do paciente, o programa nacional de segurança do paciente e os cuidados com pacientes oncológicos. A tabela 1 evidencia o resumo dos principais resultados da pesquisa:

Tabela 1. Informações dos artigos selecionados.

N	TÍTULO	REVISTA	DELINEAMENTO	RESULTADOS
1	Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre segurança do paciente oncológico em quimioterapia ¹³	Revista Brasileira de Cancerologia	Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em uma unidade de assistência de alta complexidade em oncologia com o objetivo de avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem quanto à segurança do paciente em tratamento com antineoplásicos.	Falhas: no treinamento aos profissionais, no conhecimento sobre os riscos a exposição às drogas e às contaminações no ambiente de trabalho, nas orientações ao paciente, na comunicação entre a equipe, na assistência de enfermagem. Negligências: na higienização das mãos, uso inadequado de Equipamento de Proteção Individual.
2	Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da prevenção e manejo de extravasamento de drogas quimioterápicas ¹⁴	Revista de Enfermagem	Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado com profissionais da equipe de enfermagem que atuam em um hospital, com o objetivo de identificar os conhecimentos desses profissionais com relação a prevenção e manejo de extravasamento de antineoplásicos durante o tratamento oncológico nos pacientes.	Falhas: no conhecimento técnico e científico em relação à correta realização e ordem da punção venosa, aos sinais relacionados à rede venosa, nas condutas de prevenção, identificação e manejo de extravasamento.
3	Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores ¹⁵	Revista Gaúcha de Enfermagem	Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, qualitativo realizado em hospitais universitários, com o objetivo de compreender as dificuldades para implementar estratégias de segurança do paciente no hospital na perspectiva dos enfermeiros gestores.	Falhas: na aderência dos profissionais da assistência direta às ações para a segurança do paciente, no dimensionamento de enfermagem, no apoio e valorização da alta gestão com relação às ações do núcleo de segurança do paciente.
4	Desafios da prática na segurança do paciente ¹⁶	Revista Brasileira de Enfermagem	Trata-se de um estudo de caso qualitativo realizado com profissionais do Núcleo de Segurança do Paciente e equipe de enfermagem em um Hospital Universitário, com o objetivo de compreender os desafios da prática profissional para atingir metas e objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente.	Falhas: na infraestrutura, nos investimentos e manutenção nos recursos estruturais de qualidade. Desafios: sobrecarga de trabalho, alta rotatividade de profissionais e a dificuldade de recursos materiais e humanos para atingir a prática segura.
5	Estudo de caso sobre as demandas de cuidados de enfermagem dos pacientes onco-hematológicos hospitalizados ¹⁷	Revista de Enfermagem	Trata-se de um estudo qualitativo/ estudo de caso realizado na unidade de hematologia de um Hospital Universitário, com o objetivo identificar as demandas de cuidado dos pacientes oncológicos.	Demanda intra-hospitalar: atenção ao paciente, cuidados de prevenção de infecção, manutenção de ambiente seguro e acolhedor por uma equipe especializada e orientação ao paciente e família.

Discussão

Para compilar as informações encontradas foram criadas duas categorias:

1 – Fatores que interferem na segurança

O conhecimento insuficiente às questões teóricas e às questões práticas, como por exemplo: a ordem correta para punção venosa periférica e adequada e a classificação das drogas antineoplásicas vesicantes ou irritantes, fazem relevante diferença no atendimento, demonstrando possíveis falhas ou falta de formação permanente e efetiva.¹⁸ Todavia, vale destacar a falha no conhecimento aos sinais relacionados ao extravasamento ou infiltração, evidenciando déficit no entendimento à prevenção, identificação e manejo do EA, indicando lacunas em programas educacionais, tornando a carência no conhecimento técnico-científico um obstáculo para a assistência.¹⁴

Além das falhas na assistência, existem outros obstáculos que interferem para que a segurança do paciente seja de fato concretizada: as dificuldades do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) no ambiente hospitalar, que lidam com a falta de interesse e de apoio financeiro da gestão, sobrecarga de trabalho e comunicação ineficaz.¹⁹ Soma-se a isso o dimensionamento inadequado da enfermagem, o que acarreta o excesso de responsabilidades à equipe diminuindo o tempo para assistência adequada, além da desvalorização da alta gestão ocasionando ausência da direção do hospital nas ações a serem implementadas e dificultando a adesão dos profissionais envolvidos na assistência direta.¹⁵

Contudo, há outros possíveis fatores que podem dificultar a adesão das equipes aos protocolos de segurança ao cliente, como a quantidade de pacientes e procedimentos para a quantidade de profissionais, falta de reconhecimento e/ou a falta de insumos necessários, resultando em um maior número de práticas inseguras.²⁰ Entretanto, a desvalorização das ações para a segurança durante o acolhimento e a resistência às mudanças e às rotinas das instituições por parte dos profissionais envolvidos na assistência são outros aspectos que podem prejudicar a implementação da segurança do paciente, gerando desmotivação e angústia aos profissionais que querem aprimorar assistência e segurança no setor.¹⁵

A falta da formação continuada aos profissionais atuantes no cenário de tratamento com quimioterápicos, ausência de protocolos de cuidado e falta de atualização sobre PNSP a fim de suprir a carência do conhecimento dos profissionais podem fazer com que incidentes ocorram.³ Assim como as falhas no conhecimento para assistência segura, falta de atenção à exposição aos riscos ocupacionais

no setor, a negligência a itens da biossegurança, como uso correto de EPI e higienização correta das mãos. Somado a estes, a inadequada ou falta de orientação ao paciente e familiares, são realidades.¹³

Além disso, recursos humanos insuficientes, instalações inadequadas, a falta de materiais de qualidade são desafios para implementar na realidade a prática segura nos cuidados em saúde.¹⁶ Acrescido a isso, a ineficaz, ou até mesmo a omissão da notificação de eventos adversos, dificulta identificar falhas e elaborar soluções para evitar a recorrência, interferindo na segurança do paciente e este influenciando diretamente nas taxas de mortalidade com impactos sociais e psicológicos consideráveis.²¹

2 – Fatores que promovem a segurança do paciente

O paciente onco-hematológico demanda de cuidados específicos e complexos requerendo da equipe de enfermagem uma atenção especializada, e para isso é necessário domínio e habilidade com conhecimento científico, prático e regularmente atualizado.¹⁷ Sendo assim, os profissionais de enfermagem devem ser qualificados e preparados para o atendimento seguro, visto que são responsáveis pela maior parte das ações assistenciais e se encontram a frente de reduzir ou minimizar riscos que possam prejudicar o paciente, além de detectar precocemente as complicações e realizar as condutas necessárias para contornar a situação.³

Por ter maior contato com a assistência prestada ao paciente, a equipe de enfermagem possui a responsabilidade em contribuir para a redução de incidentes, tornando assim a temática “Segurança do paciente” de extrema importância, devendo ser explorada pelos acadêmicos, professores e profissionais da saúde que trabalham de forma direta ou indireta com os clientes.³ Portanto o estímulo à cultura de segurança do paciente e a implantação de metas que objetivem a prevenção de eventos adversos são imprescindíveis para a melhoria da assistência de saúde. Prevenir tais eventos é atualmente um grande desafio para o aprimoramento da qualidade na saúde.²¹

Os desafios para a prática segura envolvem dificuldades de recursos materiais e humanos, mas, principalmente, invade a transição das mudanças no âmbito prescritivo para o real.¹⁶ Desta forma, a formação permanente, oficinas educativas, palestras e rodas de discussão possuem relevância para abordagem do tema, enfatizando o valor do conteúdo, desenvolvendo a cultura de segurança e aprimorando o conhecimento tanto ao paciente quanto ao profissional, principalmente em áreas de notável perigo, como o caso da oncologia.¹³

Assim, para uma atuação segura da assistência é neces-

sário um trabalho em equipe, com profissionais capacitados, com diálogos, interações eficazes e prática adequada e padronizada, para que a segurança prestada ao paciente seja efetiva, destacando-se que a comunicação entre a equipe é muito importante para resultados positivos no ambiente hospitalar.²² Diante disso, o incentivo a boa e adequada comunicação é necessário, bem como também a execução de práticas para padronizar a assistência e promover a segurança, através de protocolos de cuidados, preparo e administração dos quimioterápicos, atualizações acerca de temáticas importantes para o setor, treinamentos e liderança eficaz, fazendo com que a teoria seja presente na prática.¹⁶

Conclusão

Os achados deste estudo evidenciaram múltiplas dificuldades e obstáculos enfrentados por gestores e por profissionais de enfermagem envolvidos na assistência direta para implementação da segurança do paciente, demonstrando que existem falhas desde a prática até a alta gestão.

As falhas no conhecimento teórico implicam diretamente na prática e a desvalorização da alta gestão em relação ao teor de importância do conteúdo e suas ações podem desfavorecer os pacientes, profissionais e a estrutura do hospital. A assistência humanizada, com colaboradores capacitados e atenciosos, com existência de protocolos de cuidado e biossegurança, visam melhores respostas aos tratamentos por parte dos pacientes, diminuição de falhas na assistência e, por consequência, redução de eventos adversos, incidentes ou acidentes com profissionais e clientes.

Para que as ações acima mencionadas de fato aconteçam, destaca-se a formação permanente, atividade mencionada em grande parte dos artigos estudados como solução para favorecer a cultura da segurança do paciente, propiciar a melhoria do cuidado e conhecimento científico aos profissionais, por se tratar de uma forma de ensino onde se combina a teoria e a prática no ambiente de trabalho, sendo um meio de atualização e podendo ser uma ferramenta para reduzir as resistências às mudanças por parte dos integrantes da equipe.

Ademais, a comunicação eficaz entre a equipe é fator indispensável para que um trabalho de qualidade aconteça, de forma que a transmissão de informações seja clara e objetiva garantindo um correto entendimento pelo receptor. Entretanto, não só entre a equipe faz-se necessário a adequada comunicação, mas ao cliente e familiares também, e são os enfermeiros que por trabalhar diretamente com paciente desempenham esse importante papel, visto que quando se trata de tratamento oncológico

o perigo é notável, e uma adequada explicação e instrução pode evitar erros futuros.

Diante do exposto, é notória a importância de abordar a segurança do paciente em tratamento com antineoplásicos, pois se trata de um procedimento que necessita de elevado conhecimento e frequentes atualizações dos profissionais acerca dos quimioterápicos e suas especificidades. Ainda assim, mais pesquisas são essenciais para aprimorar a assistência ao paciente oncológico em tratamento medicamentoso, alcançando novas formas de lidar e resolver as questões desse público-alvo.

Referências Bibliográficas

1. BRASIL, Ministério Da Saúde. Programa Nacional De Segurança Do Paciente, 2019. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp> > Acesso em 2022 mar 11.
2. Herr GE, Aozane F, Kolankiewicz A.C. Segurança do paciente: uma discussão necessária. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, 2015; (3): 2300-10.
3. Melo Filho PL, Viana AC. Segurança do paciente em tratamento quimioterápico: relato de enfermeiros sobre cuidados para prevenção de iatrogenias associadas a antineoplásicos. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 2022; 11(1): e20511125189.
4. Meneses SM, Amorim FT, Alves JL, Silva SM, Santos AG. Segurança do paciente na administração de quimioterápico. *Gep News [internet]*, 2018; 1(1): 178-84.
5. Macedo AB, Graciotto A, Menezes CP, Souza CM, Mello DB, Rosa NG, et al. Segurança no processo de medicação: a implantação do dispensário eletrônico em um hospital público. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 2019; 89(27).
6. Etelvino MA, Santos ND, Aguiar BG, Assis TG. Segurança Do Paciente: Uma Análise Do Aprazamento De Medicamentos. *Enfermagem em Foco*, 2020; 10(4): 87-92.
7. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Quimioterapia antineoplásica. 2021. Acesso em 2022 mar 15. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/exposicao-no-trabalho-e-no-ambiente/medicamentos/quimioterapia-antineoplásica>
8. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução cofen nº 569/2018 sobre as atribuições do enfermeiro a paciente que fazem uso de antineoplásicos. 2018 [Acesso em: 2022 mar 16]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0569-2018_60766.html
9. Oliveira PP, Santos VE, Bezerril MS, Andrade FB, Paiva RM, Silveira EA. Segurança do paciente na administração de quimioterapia antineoplásica e imunoterápicos para tratamento oncológico: scoping review. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2019; 28, e2018032.
10. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. O que é câncer. 2020 [Acesso em: 2022 mar 16]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>.
11. Francieli B, Ferreira SG, Gercke RK. *Literatura Comparada. Grupo A [internet]*, 2017 [Acesso em: 2022 abr 13]. 9788595020412. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595020412/>.
12. Santos CM, Pimenta CA, Nobre MR. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2007; 15(3): 1-4.

13. Costa AG, Costa MS, Ferreira ES, Sousa PC, Santos MM, Lima DE, et al. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre segurança do paciente oncológico em quimioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2019; 65(1): e-04274.
14. Gozzo TO, Santos LA, Cruz LA. Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da prevenção e manejo de extravasamento de drogas quimioterápicas. *Revista de Enfermagem*, 2017; 11(12): 4789-97.
15. Reis GA, Oliveira JL, Ferreira AM, Vituri DW, Marcon SS, Matsuda LM. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2019; 40(spe): e20180366.
16. Siman AG, Braga LM, Amaro MO, Brito MM. Practice challenges in patient safety. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2019; 72(6): 1504-11.
17. Sousa RM, Santo FH, Pinheiro FM. Estudo de caso sobre as demandas de cuidados de enfermagem dos pacientes onco-hematológicos hospitalizados. *Revista de Enfermagem*, 2017; 11(10): 3796-806.
18. Souza NR, Bushatsky M, Figueiredo EG, Melo JT, Freire DA, Santos IC. Emergência oncológica: atuação dos enfermeiros no extravasamento de drogas quimioterápicas antineoplásicas. *Escola Anna Nery*, 2017; 21(1): e20170009.
19. Cunha SG, Clemente GS, Almeida LF, Siman AG, Brito MJ. Implementação de núcleo de segurança do paciente em unidade de pronto atendimento: perspectivas dos enfermeiros. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2020; 34, e36216.
20. Oliveira JK, Rodriguez EO, Lobo IM, Silva LS, Godoy S, Silva GG. Segurança do paciente na assistência de enfermagem durante a administração de medicamentos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2018; 26, e-3017.
21. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de Segurança do Paciente: Avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 2018; 27(3): e2670016.
22. Heidmann A, Trindade LF, Schmidt CR, Loro MM, Fontana RT, Kolankiewicz AC. Fatores contribuintes para consolidação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar. *Escola Anna Nery*, 2019; 24(1): e20190153.

EXPERIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE APLICATIVOS MÓVEIS EM PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA DURANTE O TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA: PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA

Cancer patient's experiences with the use of mHealth during the chemotherapy treatment: a qualitative systematic review protocol

AUTORES:

Bruno Magalhães^{1,2,3}

<https://orcid.org/0000-0001-6049-8646>
Conceitualização, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Recursos, Supervisão, Redação do rascunho original, Redação

Carla Sílvia Fernandes^{3,4}

<https://orcid.org/0000-0001-7251-5829>
Recursos, Validação, Visualização

Filipe Gonçalves^{5,6}

<https://orcid.org/0000-0002-4423-7443>
Recursos, Validação, Visualização

Célia Santos^{1,2,3,4}

<https://orcid.org/0000-0001-9198-2668>
Validação, Visualização

Maria do Céu Barbieri-Figueiredo^{3,7}

<https://orcid.org/0000-0003-0329-0325>
Metodologia, Administração do projeto, Supervisão, Redação

¹ Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

² Departamento de Oncologia Cirúrgica, Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto), Porto, Portugal

³ CINTESIS – Center for Health Technology and Services Research, Porto, Portugal

⁴ Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Porto, Portugal

⁵ Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica (APELA), Porto, Portugal

⁶ University of A Coruña, Faculty of Health Sciences, A Coruña, Espanha

⁷ Huelva University - Departamento de Enfermería, Huelva, Espanha

Autor de correspondência

Bruno Magalhães
bruno.magalhaes@netcabo.pt



RESUMO:

Introdução: A identificação da percepção ou experiências associadas à utilização de aplicativos móveis (*mHealth*) durante o tratamento de quimioterapia é essencial para garantir o envolvimento do doente e fundamental no processo de desenvolvimento deste tipo de soluções. Com a realização do presente estudo pretende-se sintetizar o conhecimento produzido acerca das percepções ou experiências das pessoas com doença oncológica resultantes do uso de aplicativos móveis, utilizados durante o tratamento de quimioterapia.

Crítérios de Inclusão: A revisão considerará estudos primários com abordagem metodológica de índole qualitativa que explorem as percepções ou experiências de doentes adultos, em tratamento exclusivo de quimioterapia, acerca da utilização de aplicativos móveis usados como suporte durante o tratamento de quimioterapia. Serão considerados todos os trabalhos publicados em inglês, francês, espanhol ou português, até 31 de dezembro de 2022.

Métodos: A revisão será conduzida de acordo com a metodologia JBI para revisões sistemáticas de evidências qualitativas. Recorrer-se-á às bases de dados eletrónicas MEDLINE®, CINAHL®, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, Scopus® e Cochrane Library empregando os respetivos termos-chave e operadores booleanos para a identificação dos estudos primários. A extração dos dados será realizada através de uma ferramenta desenvolvida pelos investigadores, com base no modelo da JBI (*JBI QARI Data Extraction Tool for Qualitative Research*). Os dados extraídos serão, sempre que possível, agrupados usando uma abordagem de meta-agregação. O resumo das constatações será apresentado com recurso ao ConQual de forma a avaliar-se a confiança nos achados.

Número de registo da revisão sistemática: PROSPERO (CRD42020213811).

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias; Agentes antineoplásicos; Experiências; Aplicações Móveis; Revisão sistemática

ABSTRACT:

Introduction: Identifying the perception or experiences associated with the use of mobile applications (*mHealth*) during chemotherapy treatment is essential to ensure patient involvement. This identification is also fundamental in the development process of this type of solutions. Thus, the present study intended to synthesize the knowledge produced about the perceptions or experiences of people with oncological disease resulting from the use of mobile applications, used during chemotherapy treatment.

Inclusion Criteria: The review will consider all primary studies with a qualitative methodological approach, published in English, French, Spanish or Portuguese, until December 31, 2022.

Methods: The review will be conducted according to the JBI methodology for systematic reviews of qualitative evidence. Electronic databases MEDLINE®, CINAHL®, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, Scopus® and Cochrane Library will be used to identify primary studies. Data extraction will be performed using a tool developed by the researchers, based on the JBI model (JBI QARI *Data Extraction Tool for Qualitative Research*). Extracted data will, where possible, be pooled using a meta-aggregation approach. The summary of the findings will be presented using ConQual in order to assess the confidence in the findings.

Systematic review registration number: PROSPERO (CRD42020213811).

KEYWORDS: Neoplasms; Antineoplastic agents; Experiences; Mobile applications; Systematic Review.

Introdução

Estamos a presenciar uma nova era tecnológica na oncologia, na gestão de sinais e sintomas, na vigilância de complicações associadas aos tratamentos, na monitorização da adesão à terapêutica e até na forma como comunicam ou interagem: doentes, profissionais de saúde e instituições hospitalares¹.

O recurso à tecnologia móvel (*mHealth*) está a ser cada vez mais utilizado como uma estratégia eficiente para melhorar a adesão à terapêutica, podendo ainda ser um recurso viável para o fornecimento de um leque diversificado de intervenções educacionais, ao mesmo tempo que permite aos profissionais de saúde que monitorizem toxicidades ou comportamentos e que disponibilizem orientações de autocuidado para o utilizador, designadamente os doentes do foro oncológico, em tratamento de quimioterapia².

No âmbito da doença oncológica, e mais especificamente do tratamento de quimioterapia, tem-se assistido

a um fenómeno associado a uma inovação constante relacionado com abordagens tecnológicas para a monitorização dos sintomas³, existindo uma ampla variedade de plataformas informáticas que capturam eficientemente os sintomas relatados pelos doentes⁴.

O progresso ao nível da *mHealth*, pode proporcionar uma “nova era” no cuidar em oncologia. No entanto, é importante que se reflita acerca das suas implicações para a prática clínica e para a investigação não esquecendo as limitações que estas tecnologias podem ter, nomeadamente ao nível da sua conceção⁵.

A literatura tem demonstrado que uma das principais barreiras à implementação do sistema de *mHealth* tem sido a falta de envolvimento dos doentes⁶, resultando em baixas taxas de utilização destas ferramentas. Os utilizadores com elevado nível de envolvimento, são aqueles que geralmente vêm mais melhorias nos resultados relacionados com a saúde.

As últimas evidências disponíveis⁵ no que diz respeito à utilização de aplicativos móveis (*app's*) durante

o tratamento de quimioterapia têm demonstrado uma eficácia na melhoria do nível da fadiga, um relato mais preciso dos eventos adversos associados ao tratamento, aumento da autoeficácia e melhoria da qualidade de vida.

Existe um amplo consenso acerca da avaliação de intervenções clínicas, como as intervenções farmacológicas, onde os ensaios controlados randomizados são o método ideal. No entanto, ainda não existe consenso para a avaliação de intervenções complexas, como as que utilizam intervenções no âmbito da *mHealth*. Contudo, acredita-se que é no “pluralismo metodológico”^{7,8} que reside a capacidade de captar e avaliar intervenções neste âmbito.

Ou seja, é fundamental interpretar o resultado da investigação quantitativa, pois pode fornecer informações numéricas importantes (métricas) sobre o desempenho dos aplicativos móveis e como são clinicamente relevantes para a prática (ao diminuir as toxicidades, ao melhorarem a adesão aos tratamentos, ao melhorarem a qualidade de vida, entre outros)³. Mas também pela possibilidade de generalização dos resultados, nos quais a prática baseada na evidência se fundamenta e hierarquiza na metodologia de investigação utilizada. Por outro lado, a investigação qualitativa, pode fornecer informações importantes sobre tópicos como a facilidade de uso, a experiência do uso, pois será determinante para o seu uso bem-sucedido.

É essencial garantir o envolvimento do doente na investigação clínica, por forma a que se atenda às reais necessidades dos doentes que serão o seu público-alvo⁹. A relevância do envolvimento dos doentes na conceção, implementação e avaliação da investigação em saúde tem sido amplamente reconhecida¹⁰. O uso de um modelo de investigação participativa, permite a geração de perguntas de investigação mais significativas, o alinhamento dos objetivos de intervenção com as necessidades dos utilizadores finais, o aumento da aceitabilidade e usabilidade das intervenções em saúde e o aprimoramento da tradução dos resultados em contextos reais.

Assim a investigação qualitativa é altamente valiosa no desenvolvimento de intervenções eficazes centradas nos doentes¹¹ e para o ajuste mais “fino” no que diz respeito ao tratamento de quimioterapia, centrado nas experiências e nas necessidades dos doentes.

Nouri *et al.*¹² identificaram alguns dos parâmetros passíveis de serem avaliados nos estudos, no âmbito de *mHealth*, onde se destaca a percepção da sua utilização através do que os autores denominam por “valor percebido pelo utilizador”. Segundo estes autores, as aplica-

ções podem ser avaliadas em 7 dimensões: design, informação/conteúdo, usabilidade, funcionalidade, questões éticas, segurança e privacidade, e valor percebido pelo utilizador.

Também, no que diz respeito ao processo de desenvolvimento das aplicações, a percepção ou experiências de utilização é um aspeto também considerado. Whittaker *et al.*¹³ descrevem uma série de etapas, essenciais à conceção de uma aplicação de *mHealth*, tais como a conceptualização, a investigação formativa para informar o desenvolvimento, os pré-testes, os estudos pilotos, os ensaios controlados randomizados – e onde se destaca a investigação qualitativa suplementar para informar acerca da implementação deste tipo de intervenções pela população alvo ou para promover a sua melhoria no processo de desenvolvimento.

Uma *scoping review* recentemente publicada sobre a temática² identificou uma série de estudos primários, de metodologia qualitativa e mista, que versavam na sua componente qualitativa o fenómeno das experiências dos utilizadores perante a utilização de *app's* durante o tratamento de quimioterapia. Já nos estudos de metodologia mista, a sua componente qualitativa é essencialmente centrada na recolha informação relativa às experiências ou percepções dos doentes sobre a utilização dos aplicativos. A colheita de dados é realizada com recurso a entrevistas, e a análise do seu conteúdo realizada, maioritariamente, recorrendo à análise temática². De uma forma muito genérica, das percepções/experiências dos utilizadores sobressai o sentimento de tranquilidade por se sentirem monitorizados, e por as aplicações facilitarem a comunicação com os profissionais². Nos estudos qualitativos é essencialmente analisada a percepção acerca da utilização de *app's* fornecidas aos utilizadores¹⁴; ou como parte de um ensaio clínico¹⁵, onde se explora a experiência da utilização da *app* utilizada¹⁶.

Na sequência de uma pesquisa preliminar na *Joanna Briggs Institute (JBI) Database of Systematic Reviews and Implementations Reports*, na MEDLINE® (via EBSCO®), na CINAHL® (via EBSCO®), *Psychology and Behavioral Sciences Collection* (via EBSCO®), na Scopus®, na *Cochrane Database of Systematic Reviews*, e no PROSPERO® (*International Prospective Register of Systematic Reviews*), não foram encontrados quaisquer tipos de revisões da literatura (publicadas ou em realização/serem realizadas) neste âmbito temático.

A identificação da percepção ou experiências associadas à utilização de aplicativos móveis (*mHealth*) durante o tratamento de quimioterapia com vista a promover

a autogestão da doença oncológica e dos sintomas associados ao tratamento de quimioterapia carece de um processo de sistematização e proficiência para poderem ser implementadas pelos enfermeiros na prática clínica. Motivo pelo qual se procura desenvolver o presente projeto baseado numa revisão sistemática de toda a investigação de índole qualitativa publicada sobre o fenómeno.

Questão de Revisão

Quais as perceções ou experiências das pessoas com doença oncológica resultantes do uso de aplicativos móveis utilizados como suporte, durante o tratamento de quimioterapia?

Critérios de Inclusão

Participantes

Estudos em adultos, com diagnóstico de cancro, com idade superior ou igual a 18 anos e que estejam em tratamento ativo para a doença oncológica.

Fenómeno de interesse

Estudos que abordem a utilização de aplicativos para dispositivos móveis, baseado no conceito de mHealth. O conceito de saúde móvel (*mHealth*), definida pelo *Global Observatory for eHealth* da Organização Mundial da Saúde (OMS) como “prática médica e de saúde pública suportada em dispositivos móveis, como telemóveis, dispositivos de monitorização de doentes, assistentes digitais pessoais (PDAs) e outros dispositivos sem fio” (pág. 6)¹⁷. Comparativamente às intervenções de saúde baseadas na *Web (eHealth)*, as *app's* oferecem um acesso imediato à informação, ao apoio social, sem a necessidade de um computador¹⁸. Assim apenas serão considerados aplicativos de instalação e funcionamento exclusivo em dispositivos móveis como telemóveis, *smartphones* ou *Personal digital assistants (PDAs)*.

Contexto

Estudos em que os participantes estejam, única e exclusivamente, expostos a tratamento de quimioterapia. Apenas direcionamos a revisão a esta modalidade de tratamento oncológico pois as características, efeitos secundários associados, necessidades e impactos e desta abordagem terapêutica são distintos de outras abordagens terapêuticas para a doença oncológica (p.e., radioterapia, cirurgia, hormonoterapia, etc.).

Tipos de Estudos

Serão incluídos os diversos estudos de investigação qualitativa (p.e., fenomenologia e teoria fundamentada). Estudos de metodologia mista com um componente qualitativo e/ou estudos qualitativos conduzidos a par ou após um estudo de ensaio clínico randomizado avaliando a eficácia de uma intervenção de suporte de auto-gestão também serão incluídos.

Métodos

Para a concretização dos objetivos, será concebida uma *revisão sistemática de evidências qualitativas* conforme as orientações definidas pelo *Joanna Briggs Institute*¹⁹ para este tipo de revisão. Foram seguidas as recomendações descritas no *JBI Systematic Review of Qualitative Evidence Protocol Template*¹⁹ para redigir este protocolo. O Protocolo foi registado na PROSPERO® com o número CRD42020213811.

Estratégia de Pesquisa

Para a realização da pesquisa serão identificados os respetivos descritores em inglês, recorrendo a sintaxes de pesquisa adequadas a cada uma das bases de dados: MEDLINE® (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), CINAHL® (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Psychology and Behavioral Sciences Collection, Scopus® e Cochrane Library. Serão utilizadas combinações de descritores/*medical subject headings (MeSH)*, *subject headings* e *subjects terms*, para cada uma das bases de dados, através dos operadores booleanos: “OR” e “AND” e da ferramenta “*”, que potenciará a pesquisa através da criação de novas variações da mesma palavra. A pesquisa será conduzida pelo investigador principal deste projeto, a língua da pesquisa será o inglês e serão consideradas todos os estudos publicados até 31 de dezembro de 2022 (Anexo I - Estratégia de pesquisa).

Seleção dos Estudos

O resultado de cada uma das pesquisas será importado para um software de gestão de referências bibliográficas (*Endnote X8*®; <https://endnote.com>, Filadélfia, Estados Unidos). As referências duplicadas serão removidas e a seleção inicial por título e resumo será conduzida de forma independente por dois investigadores (B.M. e C.F.), de acordo com os critérios de inclusão/exclusão definidos. Os textos integrais das referências remanescentes serão obtidos, com o objetivo de incluir/excluir

o artigo, tendo por base a sua leitura integral. As discrepâncias na decisão final de incluir ou não um artigo, serão discutidas com um terceiro investigador (M.B.F.), na procura de um consenso. Para a organização da informação resultante do processo de seleção dos artigos recorrer-se-á ao modelo PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*²⁰. Os artigos que irão compor a amostra bibliográfica receberão um código (Sn), numerado em ordem crescente, do mais antigo para o mais recente.

Avaliação da Qualidade Metodológica

A qualidade dos estudos será avaliada criticamente quanto ao rigor, credibilidade e relevância, utilizando a ferramenta *Checklist for Qualitative Research*²¹ para a investigação qualitativa. O instrumento será aplicado independentemente por dois revisores (B.M. e C.F.). Os desacordos serão resolvidos através da discussão com um terceiro investigador (M.B.F.). Os artigos serão pontuados em cada critério como: 1 - se o critério foi atendido e 0 - se o critério não foi atendido. Assim, dado que o instrumento é composto por dez itens, a pontuação máxima para um artigo será de 10 pontos. Todos os estudos, independentemente de sua qualidade metodológica, serão submetidos, sempre que possível, à extração e síntese de dados. A avaliação será realizada para garantir a transparência no risco potencial de viés, que será efetuada de forma narrativa e a pontuação obtida em cada estudo apresentada sob a forma de tabela.

Extração dos Dados

Os dados serão extraídos por um revisor (B.M.) utilizando o formulário de extração personalizado para o efeito criado com a *JBQ Qualitative data extraction tool*¹⁹. Os dados extraídos incluirão detalhes específicos sobre informações do estudo e sua metodologia, participantes, fenómeno de interesse, e contexto nomeados na questão da revisão e tendo em consideração os objetivos específicos propostos. Um segundo revisor (C.F.) executará também a extração dos dados dos artigos que serão comparados para garantir a minimização de erros na extração. Os dados extraídos também incluirão detalhes específicos sobre os aplicativos de *mHealth*, incluindo, nome, idioma do aplicativo, plataforma e propósito de desenvolvimento, características dos participantes, *inputs*, *outputs*, formas de conectividade, informação disponibilizada e dispositivos passíveis de conexão, bem como os dados ou resultados relevantes para a pergunta de revisão (*Anexo II - Instrumento de extração dos dados*).

As descobertas incluirão sobre os dados relacionados com as percepções, perspetivas e experiências acerca do uso de aplicativos móveis utilizados como suporte durante o tratamento de quimioterapia.

Os dados extraídos de artigos serão agrupados e as categorias criadas incluirão descobertas relacionadas com: a) experiências dos utilizadores (positivas e negativas), nomeadamente relativas a aspetos como as perspetivas e percepções de viabilidade, confiabilidade, funcionalidade, *engagement*, estética, qualidade da informação ou a qualidade subjetiva; b) experiências e perspetivas dos utilizadores sobre facilitadores e barreiras para implementação e aceitação; c) percepções de lacunas e áreas para melhoria.

Os resultados e as suas ilustrações, serão extraídos e atribuído um nível de credibilidade. Qualquer desacordo entre os revisores será resolvido por consenso recorrendo a um terceiro revisor (M.B.F.).

Quando necessário, os autores dos artigos incluídos serão contactados por *e-mail* para obtenção de dados adicionais ou para esclarecimentos.

Síntese dos Dados

Os dados extraídos serão, sempre que possível, agrupados usando uma abordagem de meta-agregação¹⁹. Esta abordagem será realizada envolvendo a agregação ou síntese de resultados para gerar um conjunto de declarações que representem essa agregação, por meio da reunião dos achados dos diferentes estudos (*“Level 1 findings”*) de acordo com a sua qualidade e categorizando esses resultados com base na similaridade em significado (*“Level 2 findings”*). Esta abordagem envolverá a agregação ou síntese dos dados extraídos de forma a se gerarem um conjunto de afirmações que representem essa agregação, através da montagem dos dados extraídos e da categorização dos mesmos com base na semelhança de significado (*Anexo II - Instrumento de extração dos dados*).

Estas categorias serão então submetidas a uma meta-agregação para produzir um único conjunto abrangente de achados sintetizadas (*“Level 3 findings”*) que podem ser usadas como base para a prática baseada em evidências. Quando o agrupamento textual não for possível, os achados serão apresentados em forma de narrativa.

Recorrer-se-á ao *software ATLAS.ti*[®] (Versão 8.4.4; *Scientific Software Development GmbH*, Berlim, Alemanha) para codificar e agrupar os resultados dos estudos incluídos.

Avaliação da confiança dos achados

Os resultados finais sintetizados serão classificados de acordo com o preconizado no *ConQual*^{P2} para estabelecer confiança na produção de síntese de pesquisa qualitativa realizada e dos resumos dos achados apresentadas. O resumo dos achados incluirá os principais elementos da revisão e detalhes sobre como a pontuação *ConQual* foi calculada. Incluído no resumo das descobertas será apresentado o título, população, fenômeno de interesse, e contexto específicos da revisão. Cada conjunto de dados sintetizado e os seus respectivos achados da revisão serão apresentados juntamente com o tipo de pesquisa que lhe deram origem, bem como as pontuações para confiabilidade e credibilidade obtidas pela aplicação do instrumento *ConQual*.

Referências Bibliográficas

- Lewis J, Ray P, Liaw ST. Recent Worldwide Developments in eHealth and mHealth to more Effectively Manage Cancer and other Chronic Diseases - A Systematic Review. *Yearb Med Inform.* 2016(1):93-108.
- Magalhães B, Fernandes C, Martínez-Galiano JM, Santos C. Exploring the use of Mobile applications by cancer patients undergoing chemotherapy: A scoping review. *Int J Med Inform.* 2020:104293.
- Magalhães B, Fernandes C, Santos C, Martínez-Galiano JM. The Use of Mobile Applications for Managing Care Processes During Chemotherapy Treatments: A Systematic Review. *Cancer Nurs.* 2020; Publish Ahead of Print.
- Basch E, Artz D, Dulko D, Scher K, Sabbatini P, Hensley M, et al. Patient online self-reporting of toxicity symptoms during chemotherapy. *J Clin Oncol.* 2005;23(15):3552-61.
- Magalhães B, Fernandes C, Santos C, Martínez-Galiano JM. The Use of Mobile Applications for Managing Care Processes During Chemotherapy Treatments: A Systematic Review. *Cancer Nurs.* 9000; Publish Ahead of Print.
- Lancaster K, Abuzour A, Khaira M, Mathers A, Chan A, Bui V, et al. The Use and Effects of Electronic Health Tools for Patient Self-Monitoring and Reporting of Outcomes Following Medication Use: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2018;20(12):e294.
- Kaplan B. Evaluating informatics applications--some alternative approaches: theory, social interactionism, and call for methodological pluralism. *Int J Med Inform.* 2001;64(1):39-56.
- Brown C, Hofer T, Johal A, Thomson R, Nicholl J, Franklin BD, et al. An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 2. Study design. *Qual Saf Health Care.* 2008;17(3):163-9.
- Skilton E, Aslam M, Yeung J, Gao F, Melody T. Embedding patient and public involvement within research - How to set up a research patient ambassador group within a NHS trust. *J Intensive Care Soc.* 2016;17(3):234-7.
- Domecq JP, Prutsky G, Elraiyah T, Wang Z, Nabhan M, Shippee N, et al. Patient engagement in research: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:89.
- Lewin S, Glenton C, Oxman AD. Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study. *BMJ (Clinical research ed).* 2009;339:b3496.
- Nouri R, S RNK, Ghazisaeedi M, Marchand G, Yasini M. Criteria for assessing the quality of mHealth apps: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc.* 2018;25(8):1089-98.
- Whittaker R, Merry S, Dorey E, Maddison R. A development and evaluation process for mHealth interventions: examples from New Zealand. *J Health Commun.* 2012;17 Suppl 1:11-21.
- Ali EE, Chan SSL, Leow JL, Chew L, Yap KY-L. User acceptance of an app-based adherence intervention: Perspectives from patients taking oral anticancer medications. *J Oncol Pharm Pract.* 2019 Mar;25(2):390-7. 2019;25(2):390-7.
- Zhu J, Ebert L, Liu X, Wei D, Chan SW. Mobile Breast Cancer e-Support Program for Chinese Women With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy (Part 2): Multicenter Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2018;6(4):e104.
- Zhu J, Ebert L, Guo D, Yang S, Han Q, Chan SW. Mobile Breast Cancer e-Support Program for Chinese Women With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy (Part 1): Qualitative Study of Women's Perceptions. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2018;6(4):e85.
- WHO Global Observatory for eHealth. mHealth New Horizons for Health through Mobile Technologies. 2011. Geneva, Switzerland. Available from: https://www.who.int/goe/publications/ehealth_series_vol3/en/.
- Zhang MW, Chan S, Wynne O, Jeong S, Hunter S, Wilson A, et al. Conceptualization of an evidence-based smartphone innovation for caregivers and persons living with dementia. *Technol Health Care.* 2016;24(5):769-73. doi: 10.3233/THC-161165.
- Lockwood C, Porritt K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, et al. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. 2020. In: *JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]*. JBI. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):e1000097.
- Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):179-87.
- Munn Z, Porritt K, Lockwood C, Aromataris E, Pearson A. Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: the ConQual approach. *BMC Med Res Methodol.* 2014;14(1):108.

Aprovação pela Comissão de Ética

Sem necessidade de aprovação.

Conflito de Interesses

Sem conflito de interesses.

Apêndices, Anexos e Glossários e outros materiais

Anexo I – Estratégia de pesquisa (exemplificativa)

Database	Search	Query	Records retrieved
Medline®	#1	((“Oncolog* Patient*”) OR (“Cancer Patient*”) OR (“Malignant* tumor*”) OR (MH “Neoplasm”) OR (“Cancer*”))	2.347.050
	#2	((MM “Telemedicine”) OR (“eHealth”) OR (“mHealth”) OR (“telehealth”) OR (“mobile health”) OR (“telecare”) OR (MH “Cell Phones+”) OR (“Mobile Phone-based”) OR (MH “Telephone+”) OR (MM “Mobile Applications”) OR (“APP”) OR (“monitoring system*”) OR (“technology for symptom*”) OR (MM “Information Technology”))	95.033
	#3	((“Chemotherapy”) OR (MH “Antineoplastic Protocols”) OR (MH “Antineoplastic Combined Chemotherapy Protocols”) OR (MH “Antineoplastic Agents”) OR (MH “Chemotherapy, Adjuvant”) OR (MH “Consolidation Chemotherapy”) OR (MH “Maintenance Chemotherapy”))	669.652
	#5	#1 AND #2 AND #3	343
CINAHL®	#1	((“Oncolog* Patient*”) OR (MH “Cancer Patients”) OR (“Malignant* tumor*”) OR (MH “Neoplasms”) OR (“Cancer*”))	453.444
	#2	((MM “Telemedicine”) OR (“eHealth”) OR (“mHealth”) OR (MH “Telehealth+”) OR (“mobile health”) OR (“telecare”) OR (MH “Cellular Phone+”) OR ((MH “Telephone+”) OR (MM “Mobile Applications”) OR (“Mobile Phone-based”) OR (“APP”) OR (“monitoring system*”) OR (“technology for symptom*”) OR (MM “Nursing Informatics”) OR (MM “Medical Informatics”) OR (MH “Information Technology+”))	85.022
	#3	((MM “Chemotherapy, Cancer”) OR (MM “Chemotherapy, Adjuvant”) OR (MH “Antineoplastic Agents, Combined”) OR (“Chemotherapy”))	100.423
	#5	#1 AND #2 AND #3	295

Anexo II – Instrumento de extração dos dados

Study Information	Title	Indicate full title and subtitle
	Author(s)	Indicate all authors as follows: “last name, first abbreviated name”
	Year of publication	
	Country of origin	
	Type of study	Indicate research method and study design. Qualitative data analysis methods (e.g. phenomenology and grounded theory) or mixed-method studies with a qualitative component
	Data collection	Qualitative data collection methods (e.g. focus groups and individual interviews)
	Data analysis	Data analysis method (e.g. Grounded-Theory Approach, Thematic Analysis)
	Goal(s)	Explain the reasons for the development of the study

App information	Application name	<i>Indicate full name of app and/or abbreviation used</i>
	Idiom	<i>Language used in app</i>
	Platform	<i>Platform where the application was made available (e.g. Apple iOS®, Android®)</i>
	Purpose	<i>Purpose of the application (e.g. adherence to therapy, monitoring of complications, support for self-management of symptoms)</i>
	Population	<i>Diagnosis, age</i>
	Inputs	<i>Data that can be entered or collected by the app (e.g. Toxicity monitoring, Physical activity monitoring, Passive data, Active data, Personal notes)</i>
	Outputs	<i>Data or information provided by the app (e.g. Levels of gravity, Severity feedback to the patient, Professional feedback, Self-care advices, Nutritional advices, Physical activity plan, Graphical representations of symptoms, Graphical representations of activity, Non-use alert/red alert, Medication alerts)</i>
	Connectivity	<i>Possible forms of connectivity or communication (e.g. Forum with other patients, Connect with professionals, Call button, Query marking, Website with data)</i>
	Data	<i>Stored data (e.g. Information Library, Physical activity videos or others)</i>
	Devices	<i>Devices that can be associated with applications</i>
Findings		<i>Experiências dos utilizadores (positivas e negativas), nomeadamente relativas a aspetos como as perspetivas e perceções de viabilidade, confiabilidade, funcionalidade, engagement, estética, qualidade da informação ou a qualidade subjectiva.</i>
	Illustrations from publication	<i>Evidence -- Unequivocal -- Credible -- Unsupported</i>
		<i>Experiências e perspetivas dos utilizadores sobre facilitadores e barreiras para implementação e aceitação.</i>
	Illustrations from publication	<i>Evidence -- Unequivocal -- Credible -- Unsupported</i>
		<i>Perceções de lacunas e áreas para melhoria.</i>
Illustrations from publication	<i>Evidence -- Unequivocal -- Credible -- Unsupported</i>	

PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DE FIM DE VIDA EM PESSOAS COM GLIOBLASTOMA: ESTUDO DESCRITIVO E RETROSPETIVO

Signs and Symptoms in the last days of life of the glioblastoma patients – A Descriptive and Retrospective Study

AUTORES:

Liliana Frazão Vasconcelos¹

<https://orcid.org/0000-0002-2342-3693>
Conceptualização, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Validação, Visualização, Redação – preparação do rascunho original, Redação – revisão e edição.

Mafalda Monteiro Ferreira¹

<https://orcid.org/0000-0001-7349-0504>
Conceptualização, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Validação, Visualização, Redação – preparação do rascunho original, Redação – revisão e edição.

José Maria Bandeira Costa¹

<https://orcid.org/0000-0003-0201-891X>
Curadoria dos dados

¹ Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., Serviço de Neurologia/ Hematologia e Oncologia Médica, Lisboa, Portugal

Autor/a de correspondência
Liliana Vasconcelos
lilianavasconcelos88@gmail.com



RESUMO:

Introdução: O diagnóstico de glioblastoma continua a ser associado a um prognóstico reservado. Os sinais e sintomas de fim de vida destas pessoas diferem da restante população oncológica.

Objetivo: Identificar os principais sinais e sintomas presentes nos últimos sete dias de vida do doente com glioblastoma num serviço de neurologia oncológica.

Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo. A amostra inclui pessoas com diagnóstico de glioblastoma com registo médico e de enfermagem nos últimos sete dias de vida, internados no serviço de Neurologia e admitidos na instituição pela consulta de neuro-oncologia entre 2019/2020. A colheita de dados foi realizada através da análise dos processos.

Resultados: A amostra é composta por 17 pessoas. Os principais sinais e sintomas presentes nos últimos sete dias de vida foram: “diminuição do nível de consciência” (94%); “acontecimentos raros e inesperados” (94%); “disfunção respiratória” (88%) e “perda da capacidade de engolir” (76%).

Conclusões: O estudo realizado permitiu dar resposta ao objetivo definido. Contudo, considera-se importante a realização de estudos nesta população com amostras mais representativas, uma vez que a maioria da literatura se encontra centrada na população oncológica em geral.

PALAVRAS-CHAVE: Glioblastoma; Sinais e Sintomas; Cuidados Paliativos; Doente oncológico; Fim de vida; Cuidados de enfermagem

ABSTRACT:

Background: Having a glioblastoma is still a synonym of a very poor prognosis. In this population, end-of-life signs and symptoms differ from the rest of the cancer population.

Objective: To identify the main signs and symptoms that occur in patients with glioblastoma in their last seven days of life in a neuro-oncology ward.

Methods: Descriptive and retrospective study. Sample composed of people with glioblastoma in the last seven days of life, hospitalized in the neurology ward, with medical and nursing records. Admission in the institution through neuro-oncology consultation between 2019/2020. Data collection was performed through patient's clinical records analysis.

Results: The sample has 17 people. The most prevalent signs and symptoms were: "decreased level of consciousness" (94%); "rare and unexpected events" (94%); "respiratory dysfunction" (88%) and "loss of ability to swallow" (76%).

Conclusions: The study allowed responding to the research objective. The results underline the importance of carrying out studies with more representative samples, given that most studies are found to be focused on the cancer population in general.

KEYWORDS: Glioblastoma; Signs and symptoms; Palliative care; Cancer patient; Terminal care; Nursing

1. Contextualização da Problemática

Os tumores primários do sistema nervoso central (SNC) estão associados a elevadas taxas de morbidade e mortalidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020 verificou-se a nível mundial uma incidência de 308.102 novos casos e uma mortalidade de 251.329 casos¹. Em Portugal a incidência de novos casos foi de 1.105, associada a uma mortalidade de 933 casos¹.

A sua classificação é baseada em características histopatológicas, sendo o glioblastoma representativo de 17% destes tumores². De acordo com a classificação da OMS, os glioblastomas enquadram-se como um tumor de grau IV, do grupo dos tumores astrocíticos difusos e oligodendrogliais. Subdividem-se em glioblastomas isocitrato desidrogenase (IDH) *wildtype*, que correspondem a cerca de 90% dos casos, e em em glioblastomas IDH mutante, que correspondem aproximadamente aos restantes 10% dos casos³.

Apesar dos avanços científicos para desenvolver técnicas para um diagnóstico precoce e tratamento, o diagnóstico de glioblastoma continua a estar associado a um prognóstico reservado e paliativo⁴⁻⁷. Para o tratamento do glioblastoma recorre-se a cirurgia (apesar de impossibilitada a ressecção total do tumor por ser muito vascularizado e infiltrativo), radioterapia com quimioterapia adjuvante e quimioterapia de manutenção^{8,9}. Com os métodos de tratamento disponíveis, o tempo

de sobrevivência média destes doentes situa-se entre os 15-18 meses².

Nos últimos anos, tendo em conta o prognóstico desta doença oncológica, têm sido realizados estudos a incidir sobre a vivência do fim de vida das pessoas com glioblastoma, considerando que os sinais e sintomas destes doentes diferem dos apresentados pela população oncológica em geral¹⁰ e dos doentes com metastização cerebral¹¹. Frequentemente apresentam um estado geral agravado, maiores necessidades de prestação de cuidados de saúde e níveis elevados de exaustão dos familiares⁹. Podem também experienciar altos níveis de *distress* relacionados com sintomas cognitivos, físicos e emocionais possíveis de surgir, que têm um impacto negativo na qualidade de vida e independência funcional^{6,12}. É de referir que o aparecimento dos sinais e sintomas pode ser de forma progressiva ou célere, dependendo da área cerebral em que se localiza o tumor¹³.

Numa revisão sistemática da literatura realizada por Walbert & Khan (2014)¹⁰ sobre sintomas em doentes com tumores cerebrais primários em fim de vida, que engloba artigos entre 1946 e 2013, os autores concluíram que tanto os sintomas apresentados como a sua frequência diferem de outros doentes oncológicos em fim de vida. Diminuição do estado de consciência, alterações na comunicação, confusão, disfagia, convulsões e cefaleias foram os sintomas mais prevalentes. Num estudo sobre os sintomas apresentados por 57 doentes

com glioblastoma nos últimos 10 dias de vida¹¹ a diminuição de estado de consciência, febre, disfagia, convulsões e cefaleias foram os sintomas que emergiram com maior frequência.

Chaichana et al. (2011)¹⁴ ao analisarem 544 doentes com glioblastoma, submetidos a ressecção cirúrgica e com um valor superior a 80 na Escala de Karnofsky, verificaram que 56% já não eram funcionalmente independentes nas suas atividades de vida após 10 meses de cirurgia. O impacto na vida diária ocorre não só pelo declínio funcional, mas também pelo declínio cognitivo causado pelo tumor, assim como pelos efeitos secundários dos tratamentos e terapêuticas utilizadas. Tal reforça a importância de discutir o plano terapêutico de forma atempada, com o intuito de reduzir a morbilidade, restaurar ou preservar funções neurológicas e capacitar a realização das atividades diárias¹⁵.

A complexidade de sintomas inerentes a esta doença oncológica, associado ao seu mau prognóstico, torna fundamental a integração de uma filosofia paliativista de cuidados. Podem existir desafios à integração dos cuidados paliativos na neuro-oncologia relacionados com mitos, falta de formação (dos profissionais da área da neuro-oncologia em cuidados paliativos quer dos profissionais dos cuidados paliativos em neuro-oncologia), *distress*, medos e literacia dos doentes/cuidadores informais^{6,11}.

Numa pesquisa preliminar nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE da plataforma *EBSCOhost Integrated Search*, verificou-se um número reduzido de artigos sobre o tema, não se tendo tido acesso a publicações portuguesas de enfermagem nesta área. Este trabalho surge como uma necessidade da equipa de enfermagem de sistematizar o conhecimento sobre os sinais e sintomas presentes em fim de vida em doentes com glioblastoma no serviço de internamento, de forma a planear cuidados de enfermagem individualizados e eficazes. Assim, define-se como **questão central de pesquisa**: Quais os principais sinais e sintomas presentes nos últimos sete dias de vida nos doentes com glioblastoma internados no serviço de Neurologia?

Como objetivo geral pretende-se: identificar os principais sinais e sintomas presentes nos últimos sete dias de vida do doente com glioblastoma num serviço de neurologia oncológico. Os objetivos específicos centram-se em 1) caracterizar uma coorte de doentes com glioblastoma nos últimos sete dias de vida, em relação ao género e idade; 2) estimar a prevalência de sinais e sintomas presentes nos últimos sete dias de vida do

doente com glioblastoma num serviço de neurologia oncológica.

2. Material e Métodos

2.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo relativo aos sinais e sintomas nos últimos sete dias de vida de doentes com glioblastoma, internados no Serviço de Neurologia de um centro de referência de oncologia nacional, admitidos através de consulta de neuro-oncologia durante os anos de 2019 e 2020.

2.2. População e Amostra

A população inclui todos os doentes adultos com diagnóstico de glioblastoma com registo clínico médico e de enfermagem nos últimos sete dias de vida, internados no serviço de Neurologia de um centro de referência de oncologia nacional admitidos através de consulta de neuro-oncologia nos anos de 2019 e 2020. O período temporal definido para a consulta dos processos justifica-se pelo indicador de qualidade em cuidados paliativos referente aos aspetos físicos, em que se preconiza o “registo de ausência ou presença de sintomas nos últimos sete dias de vida do doente independentemente do seu estado de consciência”¹⁶.

Constituiu-se como critério de inclusão da amostra: doentes com diagnóstico de glioblastoma, admitidos no serviço de Neurologia através de consulta de neuro-oncologia durante os anos de 2019 e 2020, que tenham falecido nesse serviço de internamento e que aí tenham estado internados durante um período igual ou superior a sete dias.

Como critério de exclusão definiu-se: doentes com o diagnóstico de glioblastoma cuja admissão não se enquadrar no período temporal anteriormente definido e cujo período de internamento seja inferior a sete dias, mesmo que tenham morrido no serviço de Neurologia. Excluem-se os doentes que não tenham sido admitidos na instituição pela consulta de neuro-oncologia.

2.3. Procedimento de Recolha de Dados e Instrumento de Avaliação

A recolha de dados foi realizada através da análise retrospectiva dos processos clínicos médico e de enfermagem de doentes elegíveis de acordo com os critérios anteriormente definidos. A consulta de processos decorreu entre abril e outubro de 2021 no serviço de Neurologia de um centro de referência de oncologia nacional.

O Instrumento de Colheita de Dados utilizado foi baseado no documento *"The Last Hours of Living"*¹⁷, tendo sido construído em formato de tabela contemplando: 1) os sinais e sintomas a avaliar que surgiram nos últimos sete dias de vida (classificados como presentes ou ausentes); 2) o local da colheita de dados (registo médico ou de enfermagem); 3) a frequência, em dias, em que os mesmos estão presentes. Neste instrumento de colheita de dados também se especifica que o tipo de tumor do SNC tem de ser o glioblastoma, o género, a idade, a duração do internamento e se foi solicitado apoio da Equipa Suporte Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos.

Procedeu-se a uma análise estatística dos dados através do programa *Microsoft Excel*.

2.4. Considerações éticas

Para a realização deste estudo foi salvaguardada a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Foi obtido o parecer favorável da Comissão de Ética da instituição.

3. Resultados e discussão

3.1. Resultados

A amostra tem um total de 17 pessoas (13 homens e 4 mulheres), internados em média 17,3 dias e com uma média de idades de 61,8 anos no género masculino e 63 anos no género feminino.

Utilizando o instrumento de colheita de dados anteriormente referido, os sinais e sintomas que surgiram com maior frequência (94%) foram: a "diminuição do nível de consciência"; os "acontecimentos raros e inesperados" e a "disfunção respiratória". Seguidamente emergiu a "perda de capacidade em engolir" (76%). A prevalência dos sinais e sintomas que emergiram da colheita de dados é apresentada na Figura 1.

Relativamente aos acontecimentos raros e inesperados nos processos consultados foram descritos como: febre, mioclonias e convulsão, náuseas e vômitos, insónias, ansiedade, candidíase, ferida traumática. Na Figura 2 apresenta-se a frequência (n.º de casos) com que foram registados.

A diminuição do nível de consciência foi descrita como "prostração" em 14 pessoas e "estupor" em 2 pessoas. No que respeita à disfunção respiratória, os registos enunciam-na como "farfalheira" em 14 pessoas e "polipneia" em 4 pessoas. A perda de capacidade em engolir é enunciada como "sem via oral segura" em 12 pessoas e "disfagia" em 1 pessoa.

Das 8 pessoas em que emergiu o registo de dor, este sintoma foi caracterizado como "esgar de dor" (4 pessoas), "gemidos" (2 pessoas), "lombalgias" (1 pessoa) e "cefaleias" (1 pessoa).

Em 76,4% da amostra foi solicitado o apoio da Equipa Suporte Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos.

Existiram parâmetros do instrumento de colheita de dados utilizado que não evidenciaram registo no processo clínico médico e de enfermagem, nomeadamente, "fadiga, fraqueza", "disfunção cardíaca, disfunção renal" e "perda da capacidade de fechar os olhos".

3.2. Discussão de Resultados

O número de doentes que constituiu a amostra deste estudo foi reduzido, o que se enquadra na frequência e representatividade deste diagnóstico quando comparado com outras doenças oncológicas¹. Verificou-se também que existiu uma maior prevalência da doença no género masculino, o que coincide com o descrito na evidência científica^{1,2}.

Da consulta dos processos clínicos obtiveram-se como sinais e sintomas mais prevalentes a diminuição do nível de consciência, a disfunção respiratória e o aparecimento de acontecimentos raros e inesperados. Analisando o primeiro resultado constatou-se que é unânime na literatura que estes doentes apresentam no fim de vida alterações do estado de consciência, com períodos de maior sonolência, o que condiciona a comunicação com os mesmos^{10-12,18,19}.

A literatura aponta as alterações comunicacionais como um sintoma prevalente no fim de vida destes doentes que dificulta a avaliação de sintomas na primeira pessoa^{10,11,19}. Na amostra, as alterações comunicacionais emergiram registadas explicitamente em 6 pessoas.

A disfunção respiratória presente em 16 doentes da amostra difere das prevalências apresentadas nos vários estudos científicos. Apesar desta sintomatologia não ser tão significativa nos estudos, é feita referência ao aparecimento de dispneia ou acumulação de secreções nas vias respiratórias no fim de vida destes doentes¹⁰⁻¹², o que justifica os dados obtidos.

Quanto aos acontecimentos raros e inesperados é de referir que esta denominação emerge do instrumento de colheita de dados utilizado que se encontra mais direcionado para a população oncológica em geral. Deste modo, toda a sintomatologia que surgia nos processos clínicos e que não se enquadrava nos sinais e sintomas descritos no instrumento foi englobada nos acontecimentos raros e inesperados, nomeadamente, a febre (9 pessoas) e

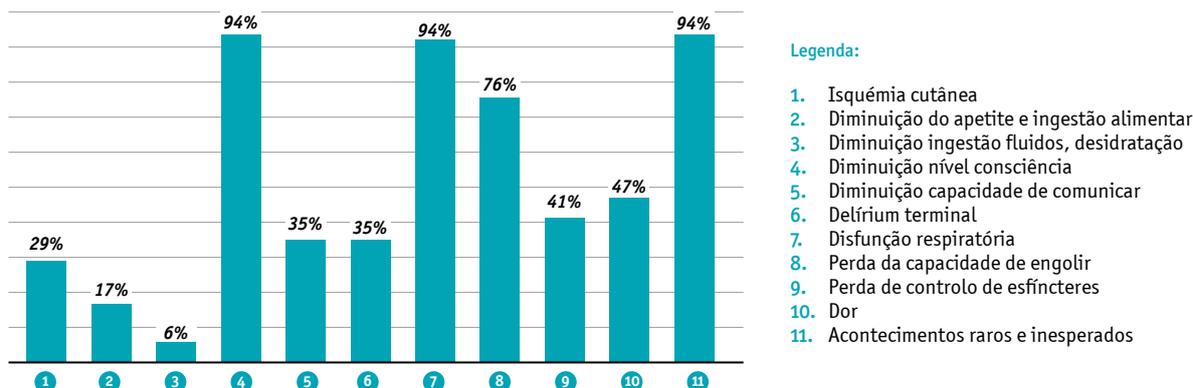


Figura 1. Prevalência de Sinais e Sintomas nos últimos 7 dias de vida.

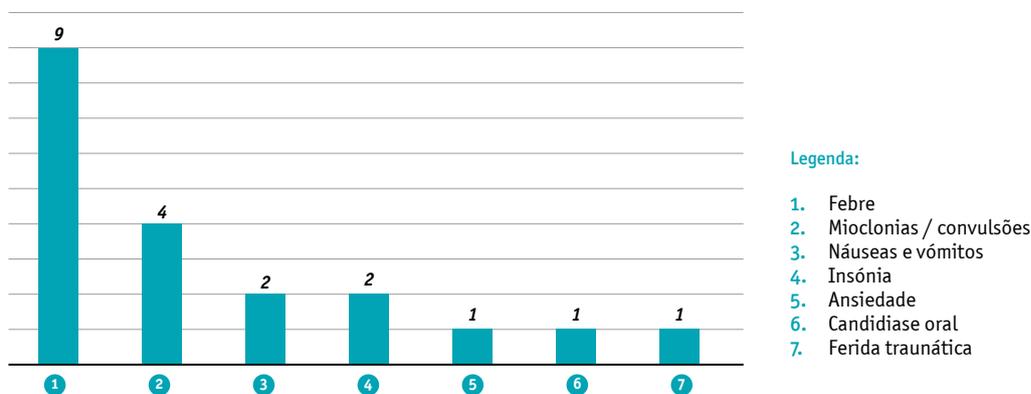


Figura 2. Frequência do n.º de registo de acontecimentos raros e inesperados (nº de casos)

as mioclonias/convulsões (5 pessoas). Estas últimas são descritas nos estudos como muito prevalentes no fim de vida desta população^{10,13,18,19}.

Na amostra verificou-se, igualmente, uma elevada prevalência de alterações na deglutição, designadamente a ausência de via oral segura, o que também vai ao encontro da evidência científica^{10,11}. É de referir que na população oncológica em geral a anorexia é um dos sintomas mais frequentes no fim de vida²⁰, o que não se confirma nestes doentes, uma vez que a alteração é no estado de consciência e não no apetite^{10,12}.

Relativamente aos dados de prevalência da dor pode-se inferir que estão de acordo com a literatura, que destaca a possibilidade deste sintoma surgir com menor frequência nestes doentes em relação à restante população oncológica^{12,22}.

A prevalência dos sinais e sintomas anteriormente abordados, faz com que seja fundamental refletir sobre

as vias de administração de terapêutica adequadas no sentido de promover o controlo sintomático²³.

As limitações do presente estudo prenderam-se com: o número reduzido da amostra que não permite generalizar os resultados obtidos; o instrumento de colheita de dados não estar validado para a população portuguesa; e as referências bibliográficas sobre o tema terem, maioritariamente, mais do que cinco anos.

4. Conclusão

O presente trabalho de investigação pretendeu identificar os sinais e sintomas dos doentes com diagnóstico de glioblastoma nos últimos sete dias de vida. Através da análise retrospectiva dos processos clínicos concluiu-se que os sinais e sintomas mais prevalentes são a diminuição do estado de consciência, a disfunção respiratória (dispneia ou acumulação de secreções nas vias respirató-

rias), o aparecimento de acontecimentos raros e inesperados (febre e mioclonias/convulsões) e a perda de capacidade em engolir. Os resultados obtidos estão de acordo com a evidência científica, apesar de ter sido identificada uma prevalência superior de doentes com disfunção respiratória. Neste sentido, como sugestão para investigações futuras, seria pertinente a realização de trabalhos no tema em estudo com amostras mais representativas.

Será igualmente relevante refletir sobre a abordagem farmacológica para a gestão de sintomas, visto que o aparecimento de alterações da deglutição é muito frequente nesta população, o que torna a via oral pouco segura ou ausente.

O conhecimento obtido neste artigo permite aos profissionais de saúde uma maior compreensão sobre os sinais e sintomas de fim de vida em pessoas com o diagnóstico de glioblastoma, no sentido da melhoria dos cuidados prestados.

Sublinha-se a importância de abordar antecipadamente o planeamento dos cuidados no fim de vida com estes doentes, uma vez que se verifica a diminuição do estado de consciência e alterações na comunicação à medida que a doença progride. Neste sentido, a articulação precoce com equipas de cuidados paliativos é importante para a prevenção e tratamento eficaz de sintomas, acompanhamento psicossocial e promoção da qualidade de vida.

Por fim, é de referir que o registo dos sinais, sintomas, intervenções de enfermagem planeadas e realizadas, bem como a avaliação da sua eficácia é imprescindível para garantir a qualidade e individualidade dos cuidados prestados, traduzindo-se em ganhos para a saúde.

Referências Bibliográficas

1. Organização Mundial da Saúde. Globocan: Portugal in 2020 [Internet]; 2020 [Acedido em Abril 2021]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>.
2. Abrey L., Mason W. Fast Facts: Brain Tumors. Oxford: Health Press Limited; 2011. p. 144
3. Louis, D., et al. The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. *Acta Neuropathol.* 2016; 131(6): 813-820.
4. Bi W., Beroukijm R. Beating the odds: extreme long-term survival with glioblastoma. *Neuro Oncol.* 2014; 16(9): 1159-1160.
5. Kuchinad, K. et al. End of life care for glioblastoma patients at a large academic center. *J Neurooncol.* 2017; 134(1): 75-81.
6. Tan, A. et al. Management of Glioblastoma: State of the Art and Future Directions. *CA Cancer J Clin.* 2020; 70(4): 299-312.
7. Le Rhun, E., et al. Molecular targeted therapy of glioblastoma. *Cancer Treat Rev.* 2019; 80:101896.
8. Persaud-Sharma, D. Cerebral gliomas: Treatment, prognosis and palliative alternatives. *Prog Palliat Care.* 2018; 26(1): 7-13.
9. Oronsky B., et al. A Review Of Newly Diagnosed Glioblastoma. *Front Oncol.* 2021; 10: 574012.
10. Walbert, T., Khan, M. End-of-Life symptoms and care in patients with primary malignant brain tumors: a systematic literature review. *J Neurooncol.* 2014; 117(2): 217-224.
11. Thier, K., et al. The Last 10 Days of Patients With Glioblastoma: Assessment of Clinical Signs and Symptoms as well as Treatment. *Am J Hosp Palliat Care.* 2016; 33(10): 1-4.
12. Crooms, R., et al. Palliative Care in High-Grade Glioma: A Review. *Brain Sci.* 2020; 10 (723): 1-26.
13. Cahill, J., Armstrong, T. Caring for an adult with a malignant primary brain tumor. *Nursing.* 2011; 41(6): 28-33.
14. Chaichana, K. et al. Factors involved in maintaining prolonged functional independence following supratentorial glioblastoma resection. *J Neurosurg.* 2011; 114 (3): 604-612.
15. Bergo E, Lombardi G, Guglieri I, et al. Neurocognitive functions and health-related quality of life in glioblastoma patients: a concise review of the literature. *Eur J Cancer Care.* 2019; 28(1): e12410.
16. Capelas, Manuel. Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos em Portugal. Lisboa: Universidade Católica Editora, Unipessoal, Lda; 2014. p.286.
17. Emanuel, L. et al. The Last Hours of Living; Practical Advice for Clinicians. *Medscape Internal Medicine [Internet]*; 2010 [Acedido em Abril 2021]. Disponível em: <http://www.medscape.org/viewarticle/716874>.
18. Sizoo, E., et al. Symptoms and problems in the end-of-life phase of high-grade glioma patients. *Neuro Oncol.* 2010; 12(11): 1162-1166.
19. Sizoo, E., et al. The end-of-life phase of high-grade glioma patients: a systematic review. *Support Care Cancer.* 2014; 22(3): 847-857.
20. Ross, DD., & Alexander CS. Management of common symptoms in terminally ill patients: part I. Fatigue, anorexia, cachexia, nausea and vomiting. *Am Fam Physician.* 2001; 64(5): 807-814.
21. Ross, DD., & Alexander CS. Management of common symptoms in terminally ill patients: part II. Constipation, delirium and dyspnea. *Am Fam Physician.* 2001; 64(6):1019-26.
22. Walbert, T. Palliative Care, End-of-Life Care, and Advance Care Planning in Neuro-oncology. *Continuum (Minneapolis)*. 2017;23(6, Neuro-oncology):1709-1726.
23. Koekkoek, J., et al. Symptoms and medication management in the end of life phase of high-grade glioma patients. *J Neurooncol.* 2014; 120(3): 589-595.

Aprovação pela Comissão de Ética

Aprovado pelo Comissão de Ética da Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., Parecer n.º UIC 1440/2021.

Conflito de Interesses

Os autores não apresentam conflito de interesses.

DECANNULATION IN PATIENTS UNDERGOING HEAD AND NECK CANCER SURGERY: RAPID SYSTEMATIC REVIEW

Remoção da cânula de traqueotomia em doentes com cancro de cabeça e pescoço submetidos a cirurgia: Revisão sistemática rápida

AUTORES:

Ana Inês de Almeida Frade¹

<https://orcid.org/0000-0002-0590-4290>

Conceitualização, curadoria dos dados, análise formal, investigação, metodologia, administração do projeto, software, redação do rascunho original e redação – revisão e edição

José Manuel Afonso Moreira²

<https://orcid.org/0000-0003-0059-768X>

Metodologia e redação – revisão e edição

Lucinda de Lurdes Ramalho Pires³

<https://orcid.org/0000-0002-2805-2772>

Metodologia e redação – revisão e edição

Marta I. S. Mendes Esteves Duarte⁴

<https://orcid.org/0000-0002-1343-3820>

Metodologia e redação – revisão e edição

Tiago Filipe Santos Cunha⁵

<https://orcid.org/0000-0003-2229-7143>

Metodologia e redação – revisão e edição

Susana Sofia Abreu Miguel⁴

<https://orcid.org/0000-0001-8830-070X>

Conceitualização, curadoria dos dados, análise formal, investigação, metodologia, administração do projeto, software, redação do rascunho original e redação – revisão e edição

¹ Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, Hospital da Luz de Lisboa; CIDNUR (Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon), Lisboa, Portugal

² Universidade de Évora, Évora, Portugal; Comprehensive Health Research Center, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal

³ Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil, Serviço de Consultas Externas, Lisboa, Portugal.

⁴ Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil, Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, ORL e Endocrinologia, Lisboa, Portugal

⁵ Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil, Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos, Lisboa, Portugal

Autor/a de correspondência

Susana Sofia Abreu Miguel
susanasamiguel@gmail.com



ABSTRACT

Introduction: Tracheotomy is commonly used in patients with head and neck cancer undergoing major surgery. **Purpose:** To identify the nursing interventions in the safe decannulation process in patients undergoing head and neck cancer surgery. **Methods:** Rapid systematic review on MEDLINE and CIHNL, January 2023. **Results:** Seven studies met the inclusion criteria. The nursing interventions was grouped into before, during and after the decannulation. **Conclusion:** Literature review shows the need for a structured nursing process supporting safe decannulation. The team must ensure that the reason for performing the tracheotomy were resolved and that no anesthetic or surgical procedure is foreseen shortly. These are essential factors associated with the state of consciousness, deflated tube cuff and tube cap tolerance prior decannulation. The literature highlights the need for experienced teams, including nurses, to ensure the safe decannulation process.

KEYWORDS

Head and Neck Cancer; Decannulation; Oncology Nursing; Tracheotomy; Patient safety; Nursing Care.

RESUMO

Introdução: A traqueostomia é habitualmente utilizada em doentes com cancro de cabeça e pescoço submetidos a cirurgias major. **Objetivo:** Identificar as intervenções de enfermagem no processo de remoção da cânula com segurança em doentes submetidos a cirurgia oncológica de cabeça e pescoço. **Métodos:** Revisão sistemática rápida no MEDLINE e CINHAL, janeiro de 2023. **Resultados:** Sete estudos preencheram os critérios de inclusão. As intervenções de enfermagem foram agrupadas em: antes, durante e após a remoção da cânula. **Conclusão:** A revisão da literatura mostra a necessidade de um processo de enfermagem estruturado que apoie a remoção segura da cânula. A equipa deve garantir que o motivo da realização da traqueotomia esteja resolvido e que nenhum procedimento anestésico ou cirúrgico esteja previsto para breve. Estes são alguns dos fatores essenciais, associados ao estado de consciência, *cuff* desinsuflado e tolerância à oclusão da cânula de traqueotomia, antes da sua

remoção. A literatura destaca a necessidade de equipas experientes, incluindo enfermeiros, para garantir que o processo de remoção da cânula seja seguro.

PALAVRAS-CHAVE

Cancro de Cabeça e Pescoço; remoção da cânula; Enfermagem Oncológica; Traqueotomia; Segurança do paciente; Cuidados de Enfermagem.

Introduction

Head and neck cancer is one of the most common neoplasms in the world and with the highest mortality rates.¹ Due to their location, these tumors affect critical swallowing, breathing and communication structures.² The primary treatment for head and neck cancers includes surgery and/or chemoradiotherapy.¹ Surgical resection can be with or without surgical defect reconstruction, and the tracheotomy is used to bypass the extension postoperative upper airway edema that occurs as a result of the surgery.³

Head and neck trauma and cancer are the most frequent indications for performing a tracheotomy.⁴ The need for tracheotomy comes up to be associated with respiratory failure, neurological disease, spinal cord injury, head and neck tumors, and major surgery.⁵

Tracheotomy can be defined as “a surgical opening in the trachea”⁶ and in terms of localization “the tracheostomy should be made between the 2nd and 4th tracheal rings.”⁶

Tracheotomies can be permanent or temporary; we will only address the temporary ones performed in surgery.⁷ In this case, the tracheotomy is realized, electively, as part of a planned procedure, in a surgical context in the head and neck area.⁷ As a temporary measure of respiratory support, the tracheotomy will later be removed, according to a medical decision.⁷ Decannulation is the process of removing the tracheotomy tube that includes the mechanical movement of removing the tube from the tracheal and the process before and after the removal, which includes decisions based on evidence of safe procedure and post-procedure surveillance.

Concerning the criteria and factors that influence the success of safe cannula removal, the presence of swallowing and effective protective coughing are usually minimum requirements for success in this process.^{8,9}

There is a paucity of literature on tracheotomy de-

cannulation process and the nursing role in the interdisciplinary team. This review aims to identify the nursing interventions in the decannulation process in patients undergoing head and neck cancer surgery.

Methods

We did this rapid systematic review to respond to a specific need in a timely manner, allowing the production of evidence with effective management of resources.¹⁰

This rapid review was conducted in accordance with the World Health Organization (WHO) Rapid Review Guide¹¹ and followed the reporting guidelines for systematic reviews.¹²

Using the Participants (head and neck cancer patients), Concept (nursing interventions in the decannulation process) and Context (inpatients) strategy, we present the eligible criteria for this review.

Eligibility criteria

Inclusion criteria: Papers were considered eligible if: 1. They included nursing interventions in the decannulation process; 2. Were published in English or Portuguese. 3. The population were adults. Exclusion criteria: articles with nursing intervention in decannulation in patients with neurological pathology because they have very different characteristics from the study population. Publication in book chapters, theses, literature reviews, editorials, or conference abstracts without a full paper were also excluded.

Search Strategy

The research was conducted in January 2023. Terms indexed in MEDLINE®, and CINAHL® were used, as shown in Table 1, with the respective Boolean operators. Terms in natural language were also searched in the abstract. When undertaking a rapid review, it is recommended to search a limited number of databases.¹³

Table 1. Search Strategy

CINAHL®	Tracheostomy ^[a]	AND	Extubation ^[a]	AND	Nurs* ^[a]
	OR		OR		OR
	Tracheostomy tube ^[a]		Tube removal ^[a]		Intervention ^[b]
	OR		OR		
	Tracheostomy care ^[a]		Decannulation ^[a]		
	OR		OR		
	Tracheotomy ^[b]		Decannulation process ^[b]		
MEDLINE®	Tracheostomy ^[a]	AND	Airway extubation ^[b]	AND	Nurs* ^[a]
	OR		OR		OR
	Tracheotomy ^[a]		Tube removal ^[b]		Intervention ^[b]
			OR		
			Decannulation ^[b]		
			OR		
	Decannulation process ^[b]				
	OR				
	Tracheostomy closure ^[b]				

[a] – Exact Subject Heading; [b] – Abstract

Study selection

The search results were downloaded from databases and uploaded into Rayyan®. Duplicates were removed. Applying the eligibility criteria, with the blind screening of the title and abstracts, was undertaken by two reviewers (AF & SM). The relevance of the articles to be included in the review was analyzed based on the information provided in the title and abstract, and all the conflicts passed to the next step. The full-text screening was undertaken independently by reviewers (AF & SM).

Data extraction and analysis

Data extraction of the included studies was undertaken by one reviewer (SM) and checked by a second review (AF). The researchers designed an instrument in line with the objective of the review. It includes methodology, participants, country, study design and nursing intervention.

Results

A total of 130 papers were retrieved. When duplicates were removed, the title and abstracts of 113 papers were screened, and 17 full-text papers were assessed for eligibility. Seven papers met the inclusion criteria (Figure 1).

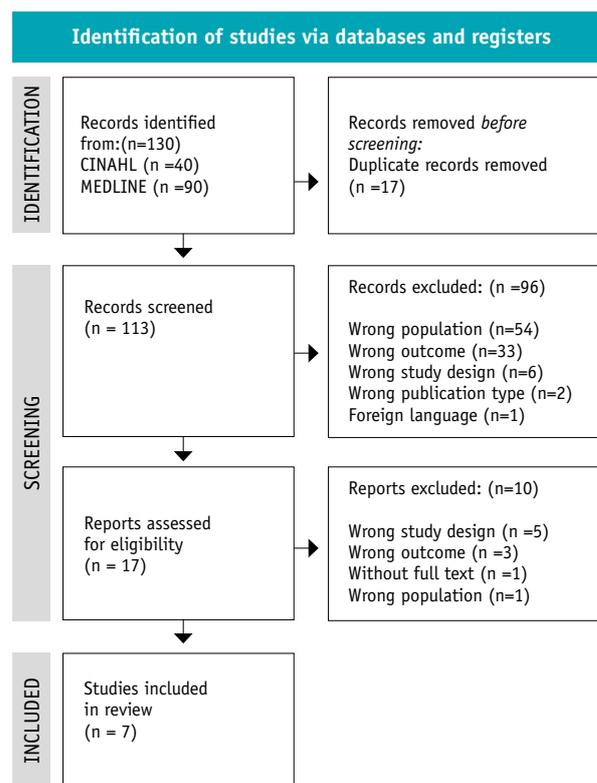


Figure 1. Prisma 2020 flow diagram (Source: 12)

Seven studies were included in the review. The studies were performed in Canada (n=2), Europe (n=2), USA (n=1), Saudi Arabia (n=1) and Australia (n=1). The number of participants in the studies ranged from 20 to 330 (Table 2).

For the analysis of the nursing interventions in the health team, we grouped the interventions found in the review into three groups: 1) before decannulation, 2) during the decannulation process, 3) after decannulation.

1) Before decannulation

Before starting the decannulation process, the leading cause for the tracheotomy must be solved, and clinical stability or normality of vitals observation was a prerequisite.¹⁴⁻¹⁷ Understanding whether the patient will soon need any anesthetic or surgical procedure.^{17,18} In this case, decannulation is delayed.¹⁷

Assess that the patient can protect his airway with a strong cough^{14,15,18} and no more than two aspirations every 8 hours during 24 hours before the decannulation.¹⁹

Tabela 2. Study characteristics

Study topic	Authors / Country	Study design	Participants	Nursing interventions (as part of the interdisciplinary team)
To identify the proportion of tracheostomy subjects with successful decannulation and time to decannulation	Alhashemi et al. ¹⁴ / Saudi Arabia	Retrospective cohort study	221 patients	<p>Interdisciplinary tracheotomy team (respiratory therapist, an ear, nose, and throat specialist, rehabilitation medicine specialist, and a tracheotomy resource nurse).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuff deflation is needed to progress toward decannulation. - Medically stable and have a strong cough. - Subjects who were vitally stable. - Humidification is an essential component of care for tracheostomy patients (prevent dried secretions). - Innertube care was performed (1-2 times per shift). - Subjects with good airway assessment had tracheostomy tube (cuff deflated) changed to a cuffless fenestrated tube and progressed to a capping trial. - Subjects who had successful capping progressed to decannulation.
The time to decannulation, compared by means of the log-rank test	Martinez et al. ¹⁹	Unblinded trial	330 (161 control group, 169 intervention group)	<p>Performed a tracheostomy-tube occlusion test to rule out tracheal airflow obstruction.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Occluded the opening of the cannula with the tracheal cuff deflated for 5 minutes. - To cap the tracheostomy tube for 24 hours to see whether they can breathe on their own. - No more than two aspirations every 8 hours during a 24-hour period, before decannulation. - Patients who had any sign that was suggestive of airflow obstruction underwent diagnostic bronchoscopy.
To identify the proportion of patients tolerating continuous cuff deflation at first attempt	Pryor et al. ¹⁵ / Australia	Retrospective case-note	13 participants	<ul style="list-style-type: none"> - Medical status stable. - Respiratory status stable. - Cough strength. - Patient alertness (eyes open to voice) - Sputum colour (clear or white). - Sputum nature (thin and easy to suction). - Tracheal suction frequency (≤1-2 hourly). - Continuous cuff deflation. - 86% of the cohort progressing to decannulation (after cuff deflation).
To evaluate the interprofessional tracheostomy team and its impact on time from weaning off mechanical ventilation to decannulation	Welton et al. ¹⁶ / Canada	Retrospective analysis	Pre (n=20), Post (n=0) intervention	<ul style="list-style-type: none"> - The patient must be assessed to determine the likelihood that they will tolerate decannulation. - Corking was to be implemented for a maximum of 24 h, if tolerated, then the patient would be decannulated with the physician. - If corking trials are not initially tolerated, it is common practice at our institution to downsize the tracheostomy tube.

To improve care for pediatric and adult patients with a tracheostomy tube	Mitchell et al. ¹⁸ / USA	Clinical Consensus statement		<p>Prerequisites for decannulation in adult patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Have the indications for the tracheostomy placement resolved or significantly improved? – Is the patient tolerating a decannulation cap on an appropriately sized uncuffed tracheostomy tube without stridor? – Does fiberoptic laryngoscopy confirm airway patency to the level of the glottis and immediate subglottis? – Does the patient have an adequate level of consciousness and laryngopharyngeal function to protect the lower airway from aspiration? – Does the patient have an effective cough while the tracheostomy tube is capped? – Have all procedures that require general endotracheal anesthesia been completed? <p>Proceed with the following decannulation process.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Remove the tracheostomy tube. – Clean the site. – Cover the site with a dry gauze dressing. – Instruct the patient to apply pressure over the dressing with fingers when talking or coughing. – Change dressing daily and as needed if moist with secretions until the site has healed.
To assess the impact of this multidisciplinary team on downsizing and decannulation times	Mestral et al. ¹⁷ / Canada	Control group study	32 patients in the preservice group; 54 patients in the postservice group	<ul style="list-style-type: none"> – Standard practice to downsize the tracheostomy tube before decannulation (to allow for sufficient airflow and improved secretion clearance around the tracheostomy) – Before decannulation, patients must have sufficient neurologic capacity to protect their upper airway, be able to manage their secretions and tolerate corking trials. – If an operative intervention is expected, decannulation is delayed.
To evaluate respiratory mechanics after decannulation	Dellweg et al. ²⁰ / Germany	Experimental Protocol	25 participants	<ul style="list-style-type: none"> – Positioned in bed with their upper body at a 45° upright angle. – Assessment of respiratory flow through the tracheostomy cannula and verification of the flow through the mouth with the cannula obstructed. – Application of a device (“Tube retractor”) to keep the tracheostomy site open in case of need for cannula reinsertion.

It is consensual that cuff deflation is needed to progress toward decannulation.^{14-16,18} At this time is suggested to change for a tracheostomy tube without the cuff and fenestrated tube. Assess respiratory flow through the tracheostomy cannula and verify the flow through the mouth with an obstructed cannula.²⁰ That change is safer if using a device application (“Tube retractor”) to keep the tracheostomy site open in case of the need to reinsert the cannula.²⁰

The next step will be to cap the tube trial for a maximum of 24 hours; if tolerated, the patient should be decannulated;^{14,15,18,19} if this process fails, some authors suggested downsizing the tracheostomy tube.¹⁵⁻¹⁹ The physician stopped the trial cap if the patient had any sign of respiratory distress.¹⁹

2) During the decannulation process

The decannulation process should be done by an experienced physician and nurse.^{16,18}

3) After decannulation

After decannulation, the patients should be monitored for decannulation failure.¹⁸ It is advisable to position the patient in bed with their upper body at a 45° upright angle.²⁰

After removing the tube, cover the stoma with a gauze dressing, change daily and as needed if moist with secretions until the site has healed¹⁸, and keep the stoma clean.¹⁸ After decannulation, patients should be instructed to apply pressure over the dressing with their fingers when talking or coughing to decrease the air leak.¹⁸ The nurse identifies the subjects’ needs, like training, material and equipment, and caregiver education.¹⁴

Discussion

From the review, a multidisciplinary team with a consistent and systematic approach to these patients emerges as a success factor in the safe decannulation

process.^{14,17,18} In the search carried out by Escudero and collaborators, they state that the decision to remove the tracheotomy tube is a multi-professional process.²¹

Before starting the decannulation process, first, it must be resolved the primary reason for the elective tracheotomy.²¹ New surgical interventions should not be planned involving general anesthesia.²²

During the process of decannulation ought to be present the health team, able to reinsert the tracheotomy tube in a post-decannulation emergency during and following the decannulation.⁷

Reducing time to decannulation would be expected to reduce the risk of developing hospital-acquired pneumonia,²³ early removal also improves patient satisfaction and allow a more rapid post operative recovery in patients undergoing surgery for head and neck cancer.²³

Decannulation should be performed before ten days, particularly for patients with head and neck cancer with free flaps, avoiding the risk of prolonged or permanent tracheotomy.^{3,23} Patients with total glossectomy defects and those who continue to smoke during the perioperative time are at increased risk of delayed or failed decannulation.³ Education programs for smoking cessation should be performed during the preoperative time. Patients who smoke beyond the 4-week preoperative time have 35 times more risk of failure decannulation and take more time to decannulation.³ Thus, decannulation should be carried out as early as possible after resolving the issues that were the basis for the need for tracheotomy. The presence of a tracheotomy makes patients more susceptible to respiratory tract infections, particularly if they have a cannula with an inflated cuff.⁷

This review also identified the care once the decannulation. After removing the tracheotomy tube, nurses should care for the stoma by cleaning it with 0.9% sodium chloride, drying it, and then applying an occlusive dressing according to the institutional guidelines.⁷ This dressing should be changed every day, and the site observed for signs of infection.⁷ Nurses need to teach the patient to press on the dressing directly to the stoma when talking or coughing to occlude the stoma, reducing the air passed through the stoma, enabling the patient to have a better voice and helping the stoma to heal.⁷

For the patient, removing the tracheotomy tube restores a sense of physical and psychological normality.⁷ However, when starting the decannulation process, people may become anxious and worried about not being able to breathe without the cannula.⁷ Therefore, profes-

sionals need to discuss each step of the decannulation process with the patient and any fears or concerns they have.⁷

Limitations

This rapid review has a few limitations. Only papers in English were included. We couldn't find the full text of one article. Nursing interventions in the decannulation process of head and neck patients do not allow generalizations to be made to other populations. It would be interesting in future studies to compare different types of patients.

Conclusion

Tracheotomy is commonly performed after major surgery for head and neck cancers. Usually, during the postoperative period, the patient is decannulated. A multidisciplinary approach to tracheotomy decannulation should be performed to ensure safe and appropriate practices.

Decannulation should only be undertaken when the patient has completed all the steps toward decannulation. The management of the process of decannulation should have a plan for a systematic approach to tracheotomy progression. In the future, it would be interesting to identify studies that compare the decannulation process between men and women, as women are generally tracheotomized with smaller-diameter cannulas.

Tracheotomy progression is essential in daily assessment and planning and improves the quality of life of the head and neck cancer patients undergoing surgery and their families. In this decannulation process, nurses can motivate and encourage, assess respiratory well-being, and ensure that training and material education are met and attended, assuming a privileged position next to the patient.

This review presents the nursing team's importance in all decannulation phases. It reflects the relevant role in evaluating the conditions and the other team members in the preparation, procedure and post-decannulation monitoring, preventing decannulation complications, such as the need to cannulate the patient again.

The review intends to guide the practice of the Nursing team when dealing with a patient with a tracheotomy with planned decannulation, favoring earlier and safer decannulation, increasing the safety of the professional and also of the procedure and contributing to the safety and well-being of the patient.

This rapid review highlights the need for a structured and systematized program for the patient's decannulation process, which will ensure the safe and effective management of patients with a tracheotomy. Nurses have an active role in all phases of the decannulation process.

References

- Baijens LWJ, Walshe M, Aaltonen LM, Arens C, Cordier R, Cras P, Crevier-Buchman L, Curtis C, Golusinski W, Govender R, Eriksen JG, Hansen K, Heathcote K, Hess MM, Hosal S, Klussmann JP, Leemans CR, MacCarthy D, Manduchi B, Marie JP, Nouraei R, Parkes C, Pflug C, Pilz W, Regan J, Rommel N, Schindler A, Schols AMWJ, Speyer R, Succo G, Wessel I, Willemssen ACH, Yilmaz T, Clavé P. European white paper: oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2021 Feb;278(2):577-616. doi: 10.1007/s00405-020-06507-5.
- Bolt S, Baylor C, Burns M, Eadie T. "I would have told you about being forgetful, but I forgot": the experience of cognitive changes and communicative participation after head and neck cancer. *Disabil Rehabil*. 2020 Apr;42(7):931-939. doi: 10.1080/09638288.2018.1514535
- Isaac A, Zhang H, Varshney S, Hamilton S, Harris JR, O'Connell DA, Biron VL, Seikaly H. Predictors of failed and delayed decannulation after head and neck surgery. In: *Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States)*. SAGE Publications Inc.; 2016. p. 437-42.
- Bhatti ABH, Iqbal H, Hussain R, Syed AA, Jamshed A. Tracheotomy in Cancer Patients: Experience from a Cancer Hospital in Pakistan. *Indian J Surg*. 2015 Dec;77(Suppl 3):906-9. doi: 10.1007/s12262-014-1061-2.
- Zaga CJ, Sweeney JM, Cameron TS, Campbell MC, Warrillow SJ, Howard ME. Factors associated with short versus prolonged tracheostomy length of cannulation and the relationship between length of cannulation and adverse events. *Aust Crit Care*. 2022 Sep;35(5):535-542. doi: 10.1016/j.aucc.2021.09.003.
- Pracy P, Conboy P. Upper airway obstruction and tracheostomy. In: Watkinson J, Clarke R, editors. *Scott-Brown's Otorhinolaryngology Head & Neck Surgery - Head & Neck Surgery, Plastic Surgery*. 8th ed. New York: CRC Press; 2018. p. 1037-48.
- Everitt E. Managing the weaning of a temporary tracheostomy. *Nurs Times*. 2016 May 18-24;112(20):17-9.
- Singh RK, Saran S, Baronia AK. The practice of tracheostomy decannulation—a systematic review. *J Intensive Care*. 2017 Jun 20;5:38. doi: 10.1186/s40560-017-0234-z.
- Credland N. How to remove a tracheostomy tube. *Nursing Standard*. 2015 Oct 28;30(9):34-5. doi: 10.7748/ns.30.9.34.s43
- Hamel C, Michaud A, Thuku M, Skidmore B, Stevens A, Nussbaumer-Streit B, Garritty C. Defining rapid reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. *J Clin Epidemiol*. 2021 Jan;129:74-85. doi: 10.1016/j.jclinepi.2020.09.041.
- Tricco AC, Langlois E V, Straus SE. Rapid reviews to strengthen health policy and systems: A practical guide [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258698/9789241512763-eng.pdf>
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;71. doi: 10.1136/bmj.n71.
- Garritty C, Gartlehner G, Kamel C, King V, Nussbaumer-Streit B, Stevens A, Hamel C, Affengruber L. *Cochrane Rapid Reviews Interim Guidance from the Cochrane Rapid Reviews Methods Group* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 6]. Available from: http://methods.cochrane.org/sites/methods.cochrane.org/rapidreviews/files/uploads/cochrane_rr_-_guidance-23mar2020-v1.pdf
- Alhashemi H, Algarni M, Al-Hakami H, Seebran N, Hussain T, Bhutto T, Tashkandi A, Alayed M, Bukhari E, Alzahrani A. An Interdisciplinary Approach to the Management of Individuals With Tracheostomy. *Respir Care*. 2022 Jan 1;67(1):34-9. doi: 10.4187/respcare.08869.
- Pryor LN, Ward EC, Cornwell PL, O'Connor SN, Chapman MJ. Clinical indicators associated with successful tracheostomy cuff deflation. *Aust Crit Care*. 2016 Aug;29(3):132-7. doi: 10.1016/j.aucc.2016.01.002.
- Welton C, Morrison M, Catalig M, Chris J, Pataki J. Can an interprofessional tracheostomy team improve weaning to decannulation times? a quality improvement evaluation. Vol. 52, *Can J Respir Ther*. 2016.
- Mestral C, Iqbal S, Fong N, Leblanc J, Fata P, Razeq T, Khwaja K. Impact of a specialized multidisciplinary tracheostomy team on tracheostomy care in critically ill patients. *Can J Surg*. 2011 Jun;54(3):167-72. doi: 10.1503/cjs.043209.
- Mitchell RB, Hussey HM, Setzen G, Jacobs IN, Nussenbaum B, Dawson C, Brown CA, Brandt C, Deakins K, Hartnick C, Merati A. Clinical consensus statement: Tracheostomy care. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013 Jan;148(1):6-20. doi: 10.1177/0194599812460376.
- Martínez GH, Rodríguez ML, Vaquero MC, Ortiz R, Masclans JR, Roca O, Colinas L, Pablo R, Espinosa MC, Acilú mg, Climent C, Cuenca -Boy R. High-Flow Oxygen with Capping or Suctioning for Tracheostomy Decannulation. *N Engl J Med*. 2020 Sep 10;383(11):1009-1017. doi: 10.1056/NEJMoa2010834.
- Dellweg D, Barchfeld T, Haidl P, Appelhans P, Kohler D. Tracheostomy decannulation: Implication on respiratory mechanics. *Head Neck*. 2007 Dec;29(12):1121-7. doi: 10.1002/hed.20653.
- Zhou T, Wang J, Zhang C, Zhang B, Guo H, Yang B, Li Y, Ge J, Li Y, Niu G, Gao H, Jiang H. Tracheostomy decannulation protocol in patients with prolonged tracheostomy referred to a rehabilitation hospital: a prospective cohort study. *J Intensive Care*. 2022 Jul 16;10(1):34. doi: 10.1186/s40560-022-00626-3.
- Escudero C, Sassi FC, de Medeiros GC, de Lima MS, Cardoso PFG, de Andrade CRF. Decannulation: a retrospective cohort study of clinical and swallowing indicators of success. *Clinics (Sao Paulo)*. 2022 Jun 24;77:100071. doi: 10.1016/j.clinsp.2022.100071..
- Littlewood CG, Jebri A, Lowe D, König R, Groom P, Rogers SN. Factors contributing to delayed decannulation of temporary tracheostomies following free tissue reconstructive surgery for head and neck cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2021 May;59(4):472-477. doi: 10.1016/j.bjoms.2020.09.019.

Financiamento

Sem financiamento

Aprovação pela Comissão de Ética

Não carece de aprovação pela comissão de ética

Conflito de Interesses

Os autores declaram não existir conflito de interesses

FUNCIONALIDADE DO DOENTE ONCOLÓGICO INTERNADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

The functionality of the cancer patient hospitalized in palliative care

AUTORES:

Sara Margarida Rodrigues Gomes¹
 <https://orcid.org/0000-0003-4599-7345>
 Concetualização, Curadoria dos dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Software, Visualização, Redação do rascunho original e Redação – revisão e edição.

Paula Manuela Pires Marques
 Miguel Batista¹
 <https://orcid.org/0000-0003-3619-8576>
 Investigação e Metodologia.

Marisa Isabel de Sousa
 Ferreira Rosete¹
 <https://orcid.org/0000-0002-3772-5000>
 Concetualização, Administração do projeto, Recursos, Software, Redação do rascunho original.

Maria Conceição Jasmims Pereira
 Lopes Santos¹
 <https://orcid.org/0000-0001-9945-0180>
 Concetualização, Administração do projeto, Recursos, Software, Redação do rascunho original.

Filipe Carreiro Gandum¹
 <https://orcid.org/0000-0001-9687-2695>
 Investigação e Metodologia.

Ângela Maria da Costa Marques¹
 <https://orcid.org/0000-0001-7241-0939d>
 Investigação e Metodologia.

¹ Serviço de Medicina Interna e Cuidados Paliativos, Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, E.P.E., Coimbra, Portugal

Autor/a de correspondência
 Sara Gomes
saramgomes@gmail.com



RESUMO

Enquadramento: Os doentes referenciados para cuidados paliativos (CP) carecem da aplicação de instrumentos de avaliação, tais como o nível de funcionalidade. **Objetivo:** Identificar as características sociodemográficas e clínicas do doente internado e caracterizar a sua capacidade funcional. **Metodologia:** Estudo descritivo, longitudinal de adultos oncológicos internados em CP (n=53) de Março a Junho de 2022. Os instrumentos MIF®, ECOG® e PPS®, foram aplicados na admissão, no 14º dia de internamento e na alta. **Resultados:** Os 53 doentes avaliados apresentam uma idade média de 71 anos, sendo a maioria masculinos (64,2%) e com carcinomas gástricos (17,0%). Na admissão, os doentes que apresentam valores da MIF reduzidos, apresentam também valores de PPS e ECOG diminutos. Da admissão ao 14º dia, verifica-se um agravamento da funcionalidade. Nenhum doente obteve intervenção por parte do Enfermeiro de Reabilitação. **Conclusão:** Os resultados demonstram um decréscimo da funcionalidade, exigindo dos profissionais um acompanhamento contínuo e um reajuste do plano avançado de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE

Neoplasias; Cuidados Paliativos; Enfermagem; Capacidade funcional.

ABSTRACT

Background: Patients referred for palliative care (PC) need the application of assessment instruments, such as the level of functionality. **Objective:** Identify the inpatient's sociodemographic and clinical characteristics and characterize their functional capacity. **Methodology:** A descriptive, longitudinal study of adult cancer patients in a CP unit (n=53) from March to June of 2022. The instruments FIM®, ECOG® and PPS® were applied at admission, on the 14th day of hospitalization and at discharge. **Results:** The 53 patients evaluated have an average age of 71 years, most of whom are male (64.2%) and have gastric carcinomas (17.0%). On admission, the patients who have reduced FIM values also have reduced PPS and ECOG values. From admission to the 14th day, there is a worsening of functionality. No patient received intervention from the Rehabilitation Nurse. **Conclusion:** The results demonstrate a decrease in functionality, requiring professionals to continuously monitor and readjust the advanced care plan.

KEYWORDS

Neoplasms; palliative care; nursing; functional capacity.

Introdução

A população mundial está a envelhecer, sendo previsível o aumento da prevalência de doenças crônicas e não transmissíveis, bem como o incremento do número de pessoas com necessidades paliativas¹.

Sendo a doença oncológica considerada a segunda maior causa de morte a nível mundial² constata-se, também, uma mudança no que diz respeito ao local onde os doentes são cuidados. Com a entrada da mulher no mercado de trabalho, a redução da família alargada, a massificação dos hospitais e os movimentos migratórios, o cuidado dos doentes crônicos e em fim de vida passou a ser assegurado, em grande parte, pelos profissionais de saúde em contexto hospitalar. Estas mudanças constituem um desafio, nomeadamente no que respeita à organização dos serviços de saúde e à distribuição dos recursos humanos, com vista à satisfação das necessidades das pessoas com doenças crônicas e das suas famílias³.

Neste contexto, definimos como objetivos deste estudo identificar as características sociodemográficas e clínicas da amostra, bem como caracterizar a capacidade funcional da pessoa em situação paliativa oncológica durante o internamento num serviço de cuidados paliativos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Cuidados Paliativos como “uma abordagem, que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento, com recurso à identificação precoce, correta avaliação e tratamento da dor e de outros problemas, sejam físicos, psicossociais ou espirituais.”⁴

Os cuidados paliativos têm como princípios fundamentais: acompanhar e confortar os doentes, adultos e pediátricos, ao longo da sua doença; o controlo sintomático; o alívio do sofrimento físico, psicológico, social e/ou espiritual; a prestação de cuidados centrados na pessoa e seus familiares, de modo a otimizar a sua qualidade de vida, maximizando e preservando a sua dignidade; bem como o suporte psicológico, emocional e espiritual, através de uma comunicação eficaz e terapêutica; o cuidado à família, devendo esta, ser ativamente integrada nos cuidados prestados e, por sua vez, ser ela própria objeto de cuidados durante a doença, durante o luto; o trabalho em equipa, em que todos se centram numa mesma missão e objetivos; integrar e complementar a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento de condições de saúde graves, crônicas, complexas ou limi-

tantes de vida em qualquer nível do sistema de saúde, permitindo assim, melhorar a continuidade dos cuidados; fortalecer os sistemas de saúde e promover a cobertura universal^{5,6}.

Face às diversas necessidades que os doentes oncológicos apresentam, a prestação de cuidados paliativos é estratificada em vários níveis que se distinguem entre si pela capacidade de responder a situações mais ou menos complexas e pela especialização e formação dos profissionais⁷. Torna-se, por isso, evidente que se recorra a um vasto conjunto de instrumentos de classificação e avaliação das capacidades da pessoa doente, tornando-se a pesquisa e investigação fundamental para atender às suas necessidades⁸.

Associado às doenças oncológicas, é comum ocorrer a perda progressiva da capacidade funcional, que afeta a independência nas tarefas do quotidiano e a autonomia dos indivíduos. A avaliação funcional é fundamental para a vigilância da evolução da doença, constituindo um elemento valioso na tomada de decisões, diagnóstico, prognóstico e prevenção de efeitos adversos associados ao declínio funcional, podendo ser avaliada por diversos instrumentos^{8,9}.

Questão de investigação: Qual a capacidade funcional do doente oncológico internado numa unidade de cuidados paliativos?

Metodologia

O desenho da investigação enquadra-se num estudo descritivo, longitudinal¹⁰, permitindo avaliar a evolução do *status* funcional do doente durante o internamento. Para a sua consecução foram considerados os seguintes instrumentos de recolha de dados:

- **MIF** (Medida de Independência Funcional), traduzida e validada por Laíns¹¹. Esta escala é a versão portuguesa da *Adult Functional Independence Measure – Guide for the Uniform Data System for Medical Rehabilitation*¹². Este instrumento de avaliação é um indicador de base da severidade da incapacidade e foca-se na realização das atividades de vida diárias de forma independente. Pretende avaliar o desempenho do doente em 18 tarefas, classificadas numa escala de 1 (dependência total) a 7 (independência total) pontos, que representam os níveis de dependência. A cotação total pode variar entre 18 e 126 pontos. A MIF apresenta as seguintes subescalas: autocuidados, controlo esfíncteriano, mobilidade/transferências, locomoção, comunicação e cognição social^{11,12}.

• **ECOG Performance Status** (*Eastern Cooperative Oncology Group*) – autores Oken, Creech, Tormey, Horton, Davis, McFadden e Carbone¹³, aplicada pela equipa médica do serviço na admissão do doente ao internamento, com vista a avaliar o estado de *performance* em doentes oncológicos, pontuando de 0 a 5.

• **PPS** (*Paliative Performance Scale*) – autores Anderson, Downing e Hill¹⁴ em validação pelo Observatório Português dos Cuidados Paliativos e aplicada pela equipa médica do serviço na admissão do doente ao internamento, com vista a avaliar a funcionalidade em doentes em situação paliativa, pontuando de 0 a 100%.

No momento de admissão foram aplicados os três instrumentos - MIF, EGOG e PPS. Posteriormente, a escala MIF foi aplicada em mais dois momentos, no 14º dia de internamento (data escolhida tendo em conta tempo médio de internamento dos doentes) e no momento da alta. Os restantes dados foram obtidos pela consulta dos registos eletrónicos médicos e de enfermagem do doente. Os dados foram recolhidos pelos elementos da equipa de investigação.

Como população-alvo, foram incluídos os doentes internados numa unidade de cuidados paliativos oncológicos durante o ano de 2022, sendo a amostra probabilística e simples, constituída por doentes internados num serviço de cuidados paliativos oncológicos da região centro entre 15/3/2022 e 30/6/2022.

No respeitante aos critérios de inclusão, foram envolvidos todos os doentes cuja previsão de internamento em cuidados paliativos fosse de, pelo menos, 14 dias (dado extraído do registo existente na proposta para cuidados paliativos). Excluíram-se doentes em últimos dias e horas de vida (dado extraído do registo existente na proposta para cuidados paliativos).

Todos os doentes que aceitaram participar assinaram um formulário de consentimento informado, que detalhava, de forma clara, a natureza e os objetivos do estudo. Nos casos em que não se encontraram reunidas as capacidades cognitivas necessárias ao seu consentimento, foram representados por um familiar. O formulário em causa foi anexoado ao processo clínico dos doentes.

A análise e tratamento de dados foi realizada com recurso à estatística descritiva e ao Excel®.

A presente investigação foi avaliada e aprovada em março de 2022 pela Comissão de Ética e pelo Gabinete Coordenador de Investigação da respetiva instituição e conduzida de acordo com as boas práticas clínicas e de investigação científica, atendendo à Declaração de Helsínquia.

Resultados

Tal como evidenciado na Tabela 1, os 53 doentes avaliados apresentam uma idade média de 71 anos, sendo a maioria masculinos (64,2%).

A maioria dos doentes foram referenciados no ano de 2022 (66,0%).

Os serviços que mais referenciaram doentes foram a Oncologia Médica (60,4%), seguida das Especialidades Cirúrgicas, que incluem os serviços de Ginecologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Cabeça e Pescoço e Urologia (30,2%).

O diagnóstico oncológico mais antigo foi, em 1988, um melanoma, constatando-se que a maioria da amostra era constituída por diagnósticos recentes referente aos últimos dois anos, respetivamente com 15,1% em 2020, 30,2% em 2021 e 20,7% em 2022.

O carcinoma gástrico (17,0%) foi o diagnóstico mais frequente, seguido do carcinoma do pâncreas (13,2%), salientando-se o facto de numa grande percentagem da amostra, ter sido identificada pelo menos uma metástase (41,5%).

Os doentes com valores da MIF reduzidos, apresentam igualmente valores de PPS e ECOG reduzidos, à data de admissão na unidade de cuidados paliativos.

O valor médio na escala PPS é de 41,1, e na escala ECOG é de 3,3, o que significa que na admissão os doentes possuem entre 30-50% e 3-4 de performance, respetivamente.

Do total de avaliados (n=53), 33 doentes não atingiram os 14 dias de internamento, a maioria por motivo de óbito e os restantes por alta clínica.

Os 20 doentes reavaliados ao 14º dia apresentam uma MIF média de 55, o que traduz um agravamento da sua funcionalidade.

Os 19 doentes que permaneceram para lá dos 14 dias de internamento, no momento da alta tinham uma MIF média de 95, o que traduz alguma melhoria da sua funcionalidade.

Desde o momento de admissão até ao 14º dia de internamento, 14 doentes agravaram, 2 melhoraram e 4 mantiveram o valor pontuado na escala da MIF.

Do 14º dia até ao momento da alta clínica, 6 doentes melhoraram a sua funcionalidade, 3 mantiveram e os restantes 10 agravaram o valor pontuado na escala da MIF.

Nenhum doente foi proposto para intervenção por parte do enfermeiro de reabilitação.

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados utilizados e distribuição da amostra segundo a medida de independência funcional nos três momentos de avaliação (n=53).

		Admissão			14º dia de internamento			Alta clínica					
		n	%	média	n	%	média	n	%	média			
PPS	10%	4	7,55%	41,1	55	0,00%	55	1,89%	95				
	20%	3	5,66%										
	30%	13	24,53%										
	40%	10	18,87%										
	50%	15	28,30%										
	60%	3	5,66%										
	70%	4	7,55%										
	80%	1	1,89%										
ECOG	1	2	3,77%	3,3						0	0,00%	1	1,89%
	2	4	7,55%							2	3,77%	1	1,89%
	3	24	45,28%							6	11,32%	3	5,66%
	4	23	43,40%							2	3,77%	2	3,77%
MIF	18	3	5,66%	69						3	5,66%	1	1,89%
	19-29	5	9,43%							2	3,77%	1	1,89%
	30-40	9	16,98%							3	5,66%	2	3,77%
	41-51	3	5,66%							3	5,66%	1	1,89%
	52-62	8	15,09%							3	5,66%	1	1,89%
	63-73	5	9,43%							1	1,89%	2	3,77%
	74-84	5	9,43%		2	3,77%	2	3,77%					
	85-95	7	13,21%		0	0,00%	0	0,00%					
	96-106	2	3,77%		1	1,89%	1	1,89%					
	107-117	0	0,00%		0	0,00%	1	1,89%					
	118-125	2	3,77%		0	0,00%	4	7,55%					
	126	4	7,55%		0	0,00%							

PPS (Paliative Performance Scale); ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group); MIF (Medida de Independência Funcional)

Discussão

Os resultados obtidos e evidenciados na Tabela 1 são concordantes com a literatura consultada, demonstrando ser muito difícil dissociar a funcionalidade física de características sociais e das capacidades cognitivas, corroborando a necessidade de existirem equipas multiprofissionais em cuidados paliativos, onde a natureza do trabalho em equipa se adapta de acordo com as alterações de saúde do doente.^{15,16}

A implementação de instrumentos que permitam à equipa clínica formular um prognóstico de sobrevivência dos doentes oncológicos tem diversos benefícios: promove a capacitação do doente e da família na tomada de decisões sobre os objetivos de cuidar; incentiva à definição de um plano e preparação do fim de vida; permite às instituições uma melhor dotação dos recursos humanos consoante as necessidades identificadas.^{9,17}

Os resultados de uma revisão sistemática da literatura realizada em 2018 evidenciam que a PPS e a MIF são dois dos instrumentos comumente utilizados para avaliação da funcionalidade de idosos em cuidados paliativos¹⁸. A escala ECOG foi desenvolvida e validada para doentes oncológicos, bem como a PPS, sendo amplamente utilizadas em cuidados paliativos, embora os processos de validação não se encontrem ainda finalizados para português europeu^{9,13,14,18}, sendo uma das limitações identificadas. No que se refere à escala MIF, verificámos a ausência de estudos em que a sua validação tenha sido realizada em doentes paliativos, pelo que é uma das limitações identificada¹⁸.

Relativamente à funcionalidade, no caso do valor médio de PPS na admissão, este é concordante com um estudo realizado em 2015, em que a média dos doentes apresentavam um PPS superior a 30%¹⁹. Em relação ao

valor da ECOG, os doentes deste estudo encontravam-se com uma menor performance, relativamente a um estudo realizado em 2021²⁰, em que a maioria apresentava um ECOG entre 0 e 1, reforçando um histórico de internamentos tardios, em que os doentes apresentam elevados níveis de dependência.

A maioria dos doentes avaliados não atingiram os 14 dias de internamento, o que revela, nos casos de alta, que o motivo de internamento foi resolvido, sendo convergente com o estado da arte que estima uma média inferior a 15 dias de internamento em unidades de cuidados paliativos de agudos²¹. Por outro lado, quando o óbito ocorreu antes dos 14 dias de internamento, significa que foram admitidos doentes em situação de últimos dias de vida, fato que é amplamente reconhecido e está relacionado com a reduzida rede de suporte comunitário em cuidados paliativos, que não responde às necessidades de doentes e famílias no apoio ao morrer em casa, conduzindo à institucionalização e processo de morte que comumente ocorre no hospitais^{21,22}. Também houve situações em que os doentes foram transferidos para outras unidades, decisão justificável pela vontade do doente em estar mais próximo do local de residência.

Constatamos pelos resultados evidentes na Tabela 1 que, até ao 14º dia de internamento, houve um agravamento da funcionalidade, porém, desde este momento e até ao dia da alta, nove doentes mantiveram e alguns melhoraram a sua funcionalidade. Atribuímos este resultado ao controlo dos sintomas com intervenções farmacológicas e não farmacológicas (um dos pilares dos cuidados paliativos), uma vez que o controlo de dor, dispneia, fadiga, náuseas, vômitos, insónia, entre outros fatores, permite que o doente aumente a sua autonomia para a satisfação das necessidades fundamentais²³. Res salvamos que não houve, em nenhum momento, intervenção da área da reabilitação, pelo que não poderemos atribuir os resultados a esse fator.

Embora a promoção da qualidade de vida em cuidados paliativos seja uma premissa, perante os elevados níveis de incapacidade funcional dos doentes, as intervenções de reabilitação continuam a suscitar dúvidas⁸. De forma errónea, os seus objetivos podem parecer incompatíveis com a filosofia deste tipo de cuidados, informação que corrobora os resultados do presente estudo.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a enfermagem de reabilitação dirige-se a pessoas em todas as fases do ciclo vital, incluindo portadores de doenças crónicas, tendo como objetivo promover a maximização das suas capacidades funcionais, visando a maior quali-

dade de vida possível, intervenções que são convergentes com a filosofia dos cuidados paliativos²⁴.

Numa revisão integrativa da literatura⁸ entre 2009 e 2014, concluiu-se que há um número crescente de estudos que assegura que a reabilitação vai ao encontro de muitas das necessidades não satisfeitas de utentes em cuidados paliativos e, embora não elimine os danos causados pelas doenças, certamente pode atenuá-los. Neste contexto, as várias intervenções de reabilitação no doente paliativo em cuidados paliativos demonstraram benefícios na capacidade funcional, na qualidade de vida e nos sintomas do foro alimentar e respiratório, nomeadamente a dispneia, bem como no estado emocional e função cognitiva, contribuindo para a minimização da fadiga e para o bem-estar geral, variáveis que se integram na filosofia dos cuidados paliativos.^{25,26}

Para além das limitações anteriormente assinaladas, relacionadas com os instrumentos de colheita de dados, salientamos a dimensão da amostra e a generalização dos resultados.

Conclusão

A funcionalidade dos indivíduos deve ser alvo de vigilância e intervenção da equipa multidisciplinar em todas as fases da doença, incluindo em situações de internamento em cuidados paliativos.

No presente estudo, verificou-se que o grau de funcionalidade no momento de admissão era de moderada dependência, e que decresceu ao longo do internamento do doente, exigindo, em muitos casos, um persistente trabalho de equipa multiprofissional, e uma reformulação do plano inicial de cuidados e prolongamento do tempo de internamento, de forma a dar resposta às necessidades do doente e respetiva família.

Está comprovado na literatura que a existência de recursos humanos diferenciados na área da enfermagem de reabilitação é uma mais-valia na promoção da qualidade de vida do doente, pelo que deve ser considerada a sua integração na equipa multiprofissional, em geral e, nos cuidados paliativos, em particular.

Face à escassez de estudos publicados que identifiquem e caracterizem a capacidade funcional do doente oncológico internado em cuidados paliativos, consideramos de elevada pertinência a realização de estudos futuros que permitam dar resposta a estas questões, bem como outros que apurem se a intervenção do enfermeiro de reabilitação influencia a funcionalidade nestes doentes.

Entendemos que este estudo representa um contributo positivo e promotor da implementação de práticas

uniformes que visem a melhoria da qualidade dos cuidados paliativos prestados.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos doentes e familiares que se encontravam internados na unidade de cuidados paliativos durante a realização da colheita de dados, os quais colaboraram na concretização deste estudo. Agradecem igualmente ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, E.P.E., pela autorização fornecida para desenvolver o presente estudo.

Referências Bibliográficas

1. Arias-Casais N, et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. [Internet]. Vilvoorde: EAPC Press; 2019 [citado 2022 Jun 10]. Disponível em: <https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2019/07/EAPC-Atlas-2019-final-web.pdf>.
2. WHO. World Health Organization Cancer. [Internet]. 2021. [citado 2022 Jun 10]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1.
3. Cohen-Mansfield, J., Skornick-Bouchbinder, M., & Brill, S. Trajectories of End of Life: A Systematic Review. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. [Internet]. 2018. [citado 2022 Jun 10];73(4), 564–572. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx093>.
4. WHO. World Health Organization Palliative Care. [Internet]. 2020. [citado 2022 Jun 10]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
5. Radbruch L, et al. Redefining Palliative Care: a new consensus-based definition. *JPSM* [Internet]. 2020 [citado 2022 Nov 9];60(4):754-764. Disponível em: <https://www.jpmsjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2820%2930247-5>.
6. Amblàs J, Bauer R, Beas E, et al. Building integrated palliative care programs and services [Internet]. Catalonia: Gómez-Batiste X, Connor S; 2017 de Mai [citado 2022 Jun 10]. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/category/building-integrated-palliative-care-programs-and-services>.
7. Observatório Português dos Cuidados Paliativos. Relatório de outono 2019: cobertura e caracterização das equipas e profissionais das equipas de cuidados paliativos. [Internet]. Lisboa: Instituto das Ciências da Saúde; 2019 Dez [citado 2022 Nov 9]. 41 p. Disponível em: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/4181/file>.
8. Minosso J, Souza L, Oliveira M. Reabilitação em cuidados paliativos. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2016 [citado 2022 Nov 9];25(3):1-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6NSCw7QqMkKYcLpMxhdjbsG/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001470015>.
9. Sanvezzo V, Montandon D, Esteves L. Instrumentos de avaliação de funcionalidade de idosos em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2018 [citado 2022 Out 6];21(5): 627-638. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/BYbf3hTjtbyK9jF8fLktFBK/abstract/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180033>.
10. Vilelas J. Investigação: o processo de construção do conhecimento. 3ª ed. Edições Sílabo; 2018. 512 p.
11. Laíns J. Guia para o uso do sistema uniformizado de dados para reabilitação médica (SUDRM). Tradução autorizada pelo Uniform Data System for Medical Rehabilitation and The Center for Functional Assessment Research, State University of New York: Buffalo; 1991. 52p.
12. Ottenbacher K, Hsu Y, Granger C, Fiedler R. The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. *Arch Phys Med Rehabil*. [Internet]. 1996 [citado 2022 Out 6];77(12):1226-32. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8976303/>. DOI: 10.1016/s0003-9993(96)90184-7.
13. Oken M, Creech R, Tormey D, Horton J, Davis T, McFadden E, Carbone P. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*. [Internet]. 1982 [citado 2022 Out 6];5(6):649-655. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7165009/>. DOI: 10.1097/0000421-198212000-00014.
14. Anderson F, Downing G, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*. [Internet]. 1996 [citado 2022 Out 6];12(1):5-11. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8857241/>.
15. Ribeiro C, Martinez M. Cuidados Paliativos: a importância do trabalho em equipa e aliança terapêutica. *Rev Port de Onco*. [Internet]. 2016 [citado 2022 Out 6];2(1):25-29. Disponível em: <https://docplayer.com.br/53453755-Cuidados-paliativos-a-importancia-do-trabalho-em-equipa-e-alianca-terapeutica.html>.
16. Kesonen P, Salminen L, Haavisto E. Patients and family members' perceptions of interprofessional teamwork in palliative care: a qualitative descriptive study. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2022 [citado 2022 Out 6];31(17-18):2644-2653. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35001462/>. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.16192>.
17. Myers J, Kim A, Flanagan J, Selby D. Palliative performance scale and survival among outpatients with advanced cancer. *Support Care Cancer* [Internet]. 2015 [citado 2022 Nov 9];23(4):913-918. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25228018/>. DOI:10.1007/s00520-014-2440-8.
18. Baik D, Russell D, Jordan L, Dooley F, Bowles K, Creber R. Using the palliative performance scale to estimate survival for patients at the end of life: a systematic review of the literature. *J Palliat Med*. [Internet]. 2018 [citado 2022 Nov 9];21(11):1651-1661. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30129809/>. DOI: 10.1089/jpm.2018.0141
19. Al Saleh K, Al Sayed N, Abd-El-Gawad W, Mostafa S, Mostafa M, Bedair A. Palliative performance scale differences between patients referred by specialized cancer center and general hospitals to the palliative care center in Kuwait. *Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 2015. [citado 2022 Nov 9];33, no. 15_suppl. Disponível em https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2015.33.15_suppl.e20541.
20. Karaman E, Kasar K.S., Deniz K, Yıldırım Y. Symptoms, performance status and quality of life in cancer patients receiving palliative care. *Ege Journal of Medicine*. [Internet]. 2022. [citado 2022 Nov 9]; 61(1) 64-72. Disponível em: <http://egetipdergisi.com.tr/en/download/article-file/2301579>.
21. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2017-2018. [Internet]. Lisboa; 2017 [citado 2022 Set 9]. 42 p. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Plano-Estrat%C3%A9gico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018.pdf>.
22. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. [Internet]. Lisboa; 2021 [citado 2022 Set 9]. 60 p. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf.

23. Freire E. Guia Prático de Controlo Sintomático. 2ª ed. Lisboa: NEMPAL; 2021. 204 p.
24. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 Jun [citado 2022 Nov 9]. 6 p. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf.
25. Martins R, Cardoso R, Carvalho N, Batista S, Dinis A, Andrade A. Perceção dos enfermeiros de cuidados paliativos sobre a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. NTQR [Internet]. 2020 Jul 7 [citado 2022 Nov 9];3:1-13. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/132>. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.1-13>.
26. Ribeiro C. (2017). Necessidades da pessoa em situação paliativa: perspectiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação [dissertação de mestrado na internet]. Porto (Portugal): Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2017 [citado a 2022 Nov 20]. 153 p. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18190>.

Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

Aprovação pela Comissão de Ética

Aprovado pelo Comissão de Ética do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, E.P.E., parecer n.º [42/2021].

Conflito de Interesses

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa